

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – DMHO

Nome do segurado (a): _____

Nome do sinistrado (a): _____

Nº Apólice Vida / Acidentes Pessoais: _____

Relação de documentos para cobertura de Despesa Médica Hospitalar e Odontológica

- Aviso de Sinistro devidamente preenchido (modelo anexo);
- Relatório médico devidamente preenchido pelo médico assistente (modelo anexo);
- Cópia autenticada do RG/CPF do segurado (a) e/ou do sinistrado (a);
- Cópia autenticada do comprovante de endereço nominal ao segurado (a) e/ou do sinistrado (a);
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado (FRE);
- Nota(s) fiscal(is) e/ou recibo(s) original(is) das despesas médicas;
- Autorização de crédito preenchida pelo segurado (a) e/ou sinistrado (a) - (modelo anexo);
- Cópia da GFIP do mês anterior ao evento – Cópia do contrato social – Cópia do CAGED do mês anterior ao evento (caso seja apólice capital global);

Caso o sinistro seja decorrente de acidente também encaminhar:

- Cópia autenticada do boletim de ocorrência (se realizado);
- Cópia autenticada do laudo do IML – Instituto Médico Legal (se realizado);
- Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizados);
- Cópia autenticada da CNH do segurado (se for acidente automobilístico e se o segurado for o condutor);
- Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT (quando for em serviço);

**** A apresentação dos documentos não representa a obrigatoriedade da indenização pela Seguradora, a qual terá que concluir sua análise da cobertura contratual para um pronunciamento. Caso haja necessidade solicitaremos documentos complementares.***

Os documentos deverão ser enviados através de e-mail ou caixa postal conforme abaixo:

E mail: sinistros@starrcompanies.com

*****Caso sua opção seja por correio, sugerimos para sua segurança o envio através de carta registrada.***

Lembramos que estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

**Depto de Sinistro
STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A**