**SEGURADORA:**

**APÓLICE:**

# AVISO DE SINISTRO RCP – PESSOA FÍSICA

**SEGURADO: ESPECIALIDADE/ATIVIDADE PRINCIPAL:**

**CPF/MF: RG: CRM / CRO:**

**TELEFONE: (residencial, comercial e celular com o DDD) E-MAIL:**

**ENDEREÇO RESIDENCIAL: CEP:**

**CIDADE/ESTADO:**

**ENDEREÇO PROFISSIONAL: CEP:**

**CIDADE/ ESTADO:**

**EXISTE SEGURO CONTRATADO COM MAIS DE UMA SEGURADORA? EM CASO POSITIVO, QUAL OU QUAIS?**

**ANTES DA SEGURADORA ATUAL, EXISTIA SEGURO CONTRATADO EM OUTRA SEGURADORA? EM CASO POSITIVO, QUAL OU QUAIS?**

**É SÓCIO TITULAR DE ALGUMA PESSOA JURÍDICA? EM CASO POSITIVO, INFORMAR O NOME e CNPJ DA EMPRESA:**

**DATA DO ATO PROFISSIONAL QUE GEROU A RECLAMAÇÃO:**

**DATA NA QUAL TEVE CIÊNCIA DO SINISTRO (RECEBIMENTO DA CITAÇÃO):**

**Obs: se existir seguro em outra Cia anterior a Cia. atual ou ainda se existir seguro em mais de uma Cia, obrigatório o envio das cópias das apólices.**

**RELATO MÉDICO DETALHADO DOS FATOS E DESDOBRAMENTOS (*DIGITADO*):**

**LOCA/ DATA:**

**ASSINATURA :**