

Seguro de Pessoas | Aviso de Sinistro

Preenchimento Obrigatório em todos os casos de sinistros



Nº do Aviso

DADOS DO CLIENTE

Nome do Segurado		CPF	Data de Nasc.
Segurado Sinistrado		CPF	Data de Nasc.
Endereço Residencial		Bairro	
Cidade	Estado	CEP	DDD - Telefone

DADOS DA APÓLICE

Apólice/Certificado nº	Tipo de Seguro	☐ Individual	☐ Coletivo	☐ Prestamista	☐ Massificado
------------------------	----------------	-------------------------------------	-----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

Em caso de seguro coletivo, o estipulante deverá preencher os dados abaixo.

Forma de custeio do Seguro	Nome do Empregador	Data
☐ Contribuinte ☐ Não Contribuinte		

Situação do Segurado na data do evento (Assinalar apenas uma opção)

☐ Ativo ☐ Aposentado - Motivo: [] 1. Tempo de Serviço 2. Acidente de Trabalho 3. Outros

☐ Afastado - Especifique a(s) data(s) dos últimos afastamentos:

Motivo do(s) último(s) afastamento(s):

DADOS DO SINISTRO

Natureza da ocorrência	☐ ACIDENTE ☐ DOENÇA	Data do Sinistro
☐ Morte ☐ Invalidez ☐ Saldo Devedor	☐ Diária de Internação Hospitalar ☐ Diária de Incapacidade Temporária ☐ Despesas Médicas-Hospitalares-Odontológicas	☐ Auxílio Funeral ☐ Cesta Básica ☐ Perda de Renda

Local do Sinistro (Assinalar apenas uma opção)

☐ Local Público ☐ Hospital ☐ Casa/Residência ☐ Meio de Transporte ☐ Outro - Especifique:

Em caso de acidente pessoal, informar a causa (Assinalar apenas uma opção)

☐ Queda ☐ Pancada ☐ Corte ☐ Torção ☐ Acidente Automobilístico ☐ Outro - Especifique:

Se Acidente Automobilístico e o Segurado/Sinistrado for o Condutor, favor informar o número da Habilitação e a Categoria:

Número CNH:

Categoria:

Descrição clara e circunstanciada da ocorrência do sinistro

Beneficiário(s) ☐ Indicado(s) pelo segurado na Proposta de Adesão ☐ Não indicado(s) - Declaração de Herdeiros

Possui Seguro em outra Seguradora? ☐ Não ☐ Sim - Se sim, informar em qual Seguradora:

Dados do Declarante (Se não for o próprio segurado, o preenchimento é obrigatório)

Nome		CPF
Grau de Parentesco com o segurado	Opção de recebimento	E-mail
	☐ E-mail ☐ Correio	
Endereço Residencial		Bairro
Cidade	Estado	CEP
		DDD - Telefone

Declaração

Na condição de declarante, assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispense da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médico/hospitalares prestados ao Segurado Sinistrado.

Local e Data de Emissão

Assinatura do Declarante