

Formulário - Aviso de Sinistro



- k CNPJ:

Número da Apolice/Certificado: Produto:

Dados do Segurado

Nome Segurado:		CPF:	
Nascimento:	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil:	Ocupação:
Endereço Residencial:		Nro.:	
Compl.:	Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	Telefone (com DDD):		
Nome Comunicante:		Telefone (com DDD):	

Evento

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Inv Funcional Permanente por Doença	<input type="checkbox"/> Desp Médicas Hospitalares e Odontológicas
<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Inv Permanente por Acidente	<input type="checkbox"/> Diária de Internação Hospitalar
<input type="checkbox"/> Doenças Graves	<input type="checkbox"/> Inv Permanente Total por Acidente	<input type="checkbox"/> Incapacidade Física Total e Temporária

Causa do Evento: Doença Acidente

Data do Evento	Hora	Local	Acidente de Trabalho?	Houve Boletim Ocorrência?
			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Quando o Segurado começou a sentir os primeiros sintomas da doença? (Se aplicável)

Descrever abaixo, detalhadamente, o evento ocorrido e os procedimentos adotados

O Segurado possui outros seguros de vida, acidentes pessoais ou previdência privada? Não Sim

Qual Seguradora?	Tipo de Seguro/Plano de Previdência
------------------	-------------------------------------

End. Correspondência:		Nro.:	Compl.:
CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
E-mail para contato e solicitações:			

Local: _____ Data: _____ Assinatura Reclamante