



Aviso de Sinistro

Número da Apólice / Certificado:	Nome do Produto:	
Segurado:	CPF:	Data de nascimento:
Sinistrado:	CPF:	Data de nascimento:

CONSEQUÊNCIA DO EVENTO

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença	<input type="checkbox"/> Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas
<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	<input type="checkbox"/> Diária de Internação Hospitalar
<input type="checkbox"/> Doenças Graves /Críticas	<input type="checkbox"/> Diagnóstico de Câncer	<input type="checkbox"/> Incapacidade Física Total e Temporária

Causa do Evento: ☐ Doença ☐ Acidente

Data do evento	Hora	Local	Foi acidente de trabalho?	Houve registro policial?
			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Quando o segurado / sinistrado começou a sentir os primeiros sintomas da doença?

Descrever com detalhes a maneira como ocorreu o sinistro:

O segurado possui outros seguros de Vida, Acidentes ou Previdência Privada? ☐ Não ☐ Sim

Qual Seguradora?	Tipo de seguro / Plano de previdência		
Nome do reclamante/beneficiário	CPF	Parentesco	
Endereço para Correspondência	Número	Complemento	
Bairro	CEP	Cidade/ UF	
E-mail	Fax	Telefone Residencial	
Telefone Comercial	Celular		

Local

Data

____/____/____

Assinatura do Reclamante



Preenchimento pelo empregador (Estipulante) em caso de seguro contratado por intermédio da Empresa

Empresa:	Apólice:	
Contato:	Telefone:	Fax:
Email:	CNPJ	

Dados do Segurado principal

Nome:	Data de admissão:	Data do último dia de trabalho:
-------	-------------------	---------------------------------

O segurado estava afastado de suas atividades profissionais? () Sim () Não

Motivo do Afastamento:

Responder em caso de Doença

Quando começou a sentir os primeiros sintomas da doença, o segurado levou ao conhecimento da empresa?

Desde quando o segurado começou a faltar acentuadamente ao trabalho em virtude de doença?

Trabalhou mais quantos dias ou meses depois dos primeiros sintomas?

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura e Carimbo da Empresa _____