



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