

AVISO DE SINISTRO POR MORTE ACIDENTAL

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante / Beneficiário					
Estipulante/Empresa				Apólice/Certificado	
Nome do Segurado				CPF	
Data de Nascimento	Idade	Data de Admissão	Profissão	Telefone	
Aposentado? [] Não [] Sim Desde: ____ / ____ / ____			Tipo de Aposentadoria [] Idade [] Tempo de Serviço [] Invalidez		
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros					
Dados do Sinistrado					
Nome do Sinistrado				CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento	Bairro		Cidade	UF	
CEP	Telefone	Recado	e-mail		
Dados dos Beneficiários					
Nome do Beneficiário (1)				CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento	Bairro		Cidade	UF	
CEP	Telefone	Recado	e-mail		
Nome do Beneficiário (2)				CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento	Bairro		Cidade	UF	
CEP	Telefone	Recado	e-mail		
Nome do Beneficiário (3)				CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento	Bairro		Cidade	UF	
CEP	Telefone	Recado	e-mail		
Nome do Beneficiário (4)				CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento	Bairro		Cidade	UF	
CEP	Telefone	Recado	e-mail		