

Sinistro nº _____

CARIMBO RECEPÇÃO SEGURADORA

AVISO DE SINISTROS DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE		
Nome do Estipulante		Apólice nº SG ____ / ____ / ____
Nome do Segurado		APC ____ / ____ / ____
Certificado nº	Admissão Do Segurado ____ / ____ / ____	Afastamento Do Trabalho ____ / ____ / ____

Local e Data

Assinatura Autorizada

DECLARAÇÕES DO SEGURADO		
Nome		Nascimento
Residência (rua, cidade, estado)		Telefone
Lesão Resultante de <input type="checkbox"/> Moléstia <input type="checkbox"/> Acidente	Se por Moléstia Início dos Sintomas ____ / ____ / ____	Se por Acidente Data do Mesmo ____ / ____ / ____
Local do Acidente	Exercia Atividade Profissional Sim Não	
Descrever como ocorreu o acidente e as lesões		
Nome e Endereço do Médico Assistente		

CASO MANTENHA SEGURO(S) DE ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRA(S) COMPANHIA(S) INDIQUE

Seguradora(s)	GARANTIAS		
	Morte	Invalidez	DMH

Local e Data

Assinatura Autorizada

.....

DADOS PARA PREENCHIMENTO DA SEGURADORA

AVISO DE CANCELAMENTO POR SINISTRO		Sinistro nº	<input type="checkbox"/> Invalidez Total por Acidente
			<input type="checkbox"/> Invalidez Total por Doença
Nome do Estipulante		Apólice nº	
		SG ____ / ____ / ____	
Nome do Segurado		APC ____ / ____ / ____	
Certificado nº	Data do Aviso	Data do Sinistro	Importância Segurada
	____ / ____ / ____	____ / ____ / ____	

