

Número do Processo _____ Sucursal _____ Domicílio _____

AVISO DE SINISTRO (INVALIDEZ POR ACIDENTE)

DADOS DO SEGURADO

Nome Completo _____ CPF _____ Data de Nascimento _____

Sexo Masc. Fem. Estado Civil _____ Ocupação Profissional _____ Natureza da Identidade _____ Nº Doc. Identificação _____ Órgão Exp. _____ Data de Expedição _____

Filiação _____ Nome do Cônjuge ou Companheira(o) _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Rua, Av., Etc _____ Número _____ Complemento _____

Bairro _____ Município _____ UF _____ CEP _____ DDD _____ Telefone _____ Ramal _____

EVENTO

Data do Evento _____ Houve Registro Policial? Sim Não Local _____

Descreva os Detalhes do Acidente

FORMA DE PAGAMENTO (Preenchimento Obrigatório)

1 - Crédito em Conta Poupança

DADOS DO BANCO

Banco _____ Cód. Banco _____ Agência Bancária _____ Cód. Ag. D.V. _____ Conta Corrente D.V. _____

ATENÇÃO: ANEXAR O COMPROVANTE DA CONTA BANCÁRIA.

AUTORIZAÇÃO DO SEGURADO

AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERÃO AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

Local _____ Data Emissão _____ Assinatura do Segurado _____

DADOS DA CAPEMISA

Data do Recebimento _____ Assinatura do Funcionário _____ Matrícula _____