

Formulário Aviso de Sinistro

Seguro de Vida Em Grupo

1. Dados do Segurado

Nome:	
CPF:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
Data de Nascimento:	
Possui seguro de vida, acidentes pessoais e/ou previdência privada em outras companhias?	

2. Dados do Beneficiário (se diferente do segurado)

Nome:	
CPF:	
Grau de Parentesco:	
Endereço:	
Telefone:	
E-mail:	
Data de Nascimento:	

3. Dados da Apólice

Nº da Apólice:	
Nº do Endosso (se houver):	
Vigência:	/ / a / /

4. Situação Laboral do Segurado (se aplicável):

Nome da Empresa:	
Situação laboral no momento do sinistro:	
Data de admissão na empresa:	
Último dia de trabalho (se aplicável):	
Observações adicionais:	

5. Natureza do Evento (Motivo do Sinistro)

- Morte (Natural ou Acidental) - (M);
- Morte Acidental - (MA);
- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - (IPA);
- Invalidez Permanente Total por Acidente - (IPTA);
- Invalidez Permanente Funcional por Doença - (IFPD);
- Invalidez Permanente Laboral por Doença - (ILPD);
- Condições Especiais de Indenização Especial de Filhos Póstumos - (IEFP);
- Adaptação de Casa e/ou Veículo - (ADPT);
- Despesas Médico-hospitalares e Odontológicas decorrentes de acidentes - (DMHO-A);
- Diárias por Incapacidade Temporária Causadas por Acidente - (DIT-A);
- Diária por Incapacidade Temporária decorrente de Acidente e Doença - (DIT-AD);
- Diária por Internação Hospitalar decorrente de Acidente - (DIH-A);
- Diária por Internação Hospitalar de decorrente de Acidente e Doença - (DIH-AD);
- Diária por Internação Hospitalar de decorrente de Acidente e Doença em UTI - (DIH-UTI);
- Diagnóstico de Doenças Graves - (DDG);
- Desemprego Involuntário - (DI)
- Auxílio Funeral – Morte Natural ou Acidental - (AXF-M);
- Auxílio Cesta-Básica – Morte Natural ou Acidental - (AXCB-M);
- Auxílio Cesta-Básica - Afastamento por Acidente de Trabalho - (AXCB-AAT);
- Auxílio Educação por Morte do Segurado Titular- (AXE-M);
- Auxílio Emergencial – Morte Natural ou Acidental - (AXE-M);
- Auxílio Natalidade - (AXN);
- Rescisão Trabalhista – Morte Natural ou Acidental - (RT-M);
- Rescisão Trabalhista – Invalidez Permanente Total por Acidente - (RT-IPTA).
- Outros: _____

6. Data e Descrição do Fato Gerador do Sinistro

Data do fato:	____ / ____ / ____
Local do fato:	

Descrição detalhada do ocorrido:

7. Declaração

Declaro, para os devidos fins legais, que as informações fornecidas neste formulário são verdadeiras, completas e refletem com precisão os fatos ocorridos. Os documentos anexados são cópias fiéis dos originais. Estou ciente de que qualquer informação falsa ou omissão pode comprometer a análise do sinistro e afetar meus direitos perante a seguradora. Reconheço também que a Seguradora poderá solicitar documentos e/ou informações adicionais para melhor instrução do processo. Declaro estar ciente de que, neste momento, o sinistro não possui cobertura, total ou parcial, estando sua aceitação sujeita à análise e avaliação da Seguradora. Comprometo-me a enviar todos os documentos correspondentes ao sinistro acionado, conforme listados no Formulário de Documentos, e a comunicar imediatamente qualquer alteração relevante relacionada a este aviso.

Local e Data: _____

Assinatura: _____