

AVISO DE SINISTRO

Dados do Seguro

Nº Apolice Vida / Acidentes Pessoais

Certificado

Número do Sinistro

Cobertura

(não preencher)

Nome do Segurado (a)

CPF

Data de Nascimento

Telefone de contato

___/___/___-___

___/___/___

(___)___-___

Endereço Residencial

Nº

Complemento

Bairro

CEP

Cidade

UF

Nome da Empresa

CNPJ

Contato no Estipulante

Telefone

(___)___-___

Endereço do Estipulante

Nº

Complemento

CEP

Nome do sinistrado (a) - preencher quando não for o segurado principal

CPF

Grau de parentesco com o Segurado

Data de nascimento

Estado Civil

___/___/___

Data do sinistro

Local do sinistro

___/___/___

Relação de documentos para cobertura de Despesa Médica Hospitalar e Odontológica

Aviso de Sinistro devidamente preenchido (modelo anexo);

- Cópia da **carteirinha** do escoteiro;
- **Relatório Médico/Receitas Médicas** – De atendimento do médico assistente informando o histórico clínico, detalhando a natureza da lesão e o tratamento prescrito;
- Cópia do **RG/CPF do sinistrado** (a);
- Cópia do **RG/CPF do responsável** caso o sinistrado seja menor de idade;
- Cópia do **RG/CPF do pagante** das notas fiscais;
- Cópia do **comprovante de endereço** nominal do sinistrado (a) (Caso o mesmo seja menor de idade preencher enviar o comprovante de residência autenticado do responsável juntamente a **declaração de residência** conforme modelo anexo *Caso menor de idade, o responsável deverá assinar pelo mesmo);
- **Nota(s) fiscal(is)** e/ou recibo(s) original(is) das despesas médicas;
- **Autorização de crédito** preenchida pelo segurado (a) e/ou sinistrado (a) - (modelo anexo);
- **Comprovante dos dados bancários** (Documento que apresente o Banco, Agencia e numero da conta).

Caso o sinistro seja decorrente de acidente automobilístico também encaminhar:

Cópia autenticada do boletim de ocorrência (se realizado);

- Cópia autenticada do laudo do IML – Instituto Médico Legal (se realizado);
- Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizados);
- Cópia autenticada da CNH do segurado (se for acidente automobilístico e se o segurado for o condutor);

*No formulário de aviso de sinistro não há necessidade de preencher as abas com **Informações da Apólice**.

OBS: APÓS A JUNÇÃO DE TODA DOCUMENTAÇÃO, FAVOR ENVIAR OS MESMOS FISICAMENTE PARA O ENDEREÇO DE MINHA ASSINATURA ABAIXO.

Av. Cândido de Abreu, 470 sala 2601 – Ed. Neo Business – Centro Cívico – Curitiba-PR – 80.530-000

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
(Nome por extenso, legível)

Inscrita (o) no CPF sob o nº _____, e RG sob o nº _____

venho por meio de esta declarar para os devidos fins e sob a pena de responsabilidade civil e criminal, que resido no endereço citado abaixo, conforme comprovante que segue anexo a esta declaração.

ENDERECO COMPLETO:

Rua (Av.) _____, nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____

Cep: _____ Telefone/celular para contato: () _____
(do proprietário/titular da conta)

Nome legível: _____
(Nome legível do proprietário/titular da conta)

_____ de _____ de 20_____
(Cidade) (dia) (mês) (ano)

Assinatura

Autorização de Crédito em Conta Bancária

Nome do Segurado (a): _____

Eu, _____
_ portador (a) do RG Nº _____, CPF Nº _____,
na qualidade de Segurado (a) /Beneficiário (a), autorizo que o pagamento de
indenização, se caracterizado a cobertura do seguro da apólice estipulada, seja
efetuado na minha conta abaixo:

Conta Corrente Conta Poupança Conta Conjunta Ordem de Pagamento

Nome do Titular da Conta: _____

CPF do Titular da Conta: _____

Nome do Banco: _____

Número do Banco: _____

Número da Agência: _____

Número da Conta e Dígito: _____

Importante

- 1. Pedimos a gentileza de anexar uma cópia do comprovante da conta bancária (Ex: Cartão magnético, folha de cheque ou extrato bancário);**
- 2. O preenchimento incorreto acarretará a devolução do pagamento por parte do Ba**
- 3. O pagamento da indenização será efetuado apenas na conta do favorecido (Titul segurado/beneficiário);**
- 5. Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá**

Local e Data: _____

Assinatura: _____