

AVISO DE SINISTRO SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS



Matrícula _____ Proposta _____

Nome do segurado acidentado _____ Idade _____

Idade _____ Cor _____ Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Profissão _____ RG _____ CPF _____

Endereço _____ Telefone _____

CEP _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____

O acidente ocorreu no dia _____ Localidade de _____ Hora _____

Descreva, com letra legível, como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências

Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente

Nome	Endereço
_____	_____
Nome	Endereço
_____	_____

Pessoa que prestou os primeiros socorros

Localidade _____ Dia _____

Data em que o segurado procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente

Nome do médico que assistiu o segurado

Endereço

Médico assistente do segurado antes do acidente

Endereço

**AVISO DE SINISTRO SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS**

Se houve intervenção de alguma autoridade, cite o nome e qualificação

Localidade

Se o acidentado já sofreu outro acidente, indique em que data e em que condições

Consequências

Recebeu alguma indenização? Indicar a seguradora e o valor

O declarante abaixo assinado é responsável pela verdade destas informações

Local e Data

Assinatura

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível ou de forma. A assinatura do Médico deverá ter a firma reconhecida.