

**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 consequências

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: este aviso deverá ser preenchido e assinado pelo segurado ou beneficiário no caso de morte.