

Aviso de Sinistro

Desemprego Involuntário /
Incapacidade Física Temporária por Acidente



Dados do segurado

NOME DO SEGURADO

CPF

APÓLICE/CERTIFICADO:

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

DDD E CELULAR

E-MAIL

Importante: estes dados devem ser mantidos atualizados pois é por meio deles que a Seguradora entrará em contato.

Tipo de ocorrência

DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO

NOME DA EMPRESA

DATA DE ADMISSÃO

DATA DE DEMISSÃO

MOTIVO DA DEMISSÃO:

SEM JUSTA CAUSA

COM JUSTA CAUSA

PEDIDO DE DEMISSÃO

ACORDO

OUTROS

INCAPACIDADE FISICA TEMPORÁRIA POR ACIDENTE

MOTIVO DO AFASTAMENTO

Dados bancários para indenização do sinistro

BANCO

NOME DO BANCO

CÓDIGO AGÊNCIA

NOME AGÊNCIA

Tipo de conta:

CORRENTE

POUPANÇA

NÚMERO DA CONTA

DÍGITO DA CONTA

*O crédito poderá ser efetuado somente na conta-corrente do segurado.

**O referido crédito somente será efetuado após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.

Atesto, para os devidos fins e sob as penalidades legais, a veracidade das informações acima prestadas e declaro ter conhecimento de que o recebimento deste Aviso de Sinistro não gera obrigações à Seguradora em indenizar a presente reclamação, que será encaminhada para análise técnica*.

_____, _____ DE _____ DE 20____

ASSINATURA