

**Aviso de Sinistro - Seguro de Vida e Acidentes Pessoais**

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE - IPA

**DADOS DA APÓLICE**

Apólice nº: \_\_\_\_\_ Estipulante/Empresa: \_\_\_\_\_

**DADOS DO SEGURADO TITULAR**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Data de admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Último dia de trabalho: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Renda / Salário - R\$: \_\_\_\_\_

**DADOS DO SEGURADO SINISTRADO**

Tipo de Sinistrado: Segurado titular Cônjuge Filho Outros (especificar): \_\_\_\_\_

Nome do sinistrado: \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Situação na data do sinistro: Ativo Aposentado (especificar motivo e data) Afastado Outros (especificar): \_\_\_\_\_

**DADOS DO SINISTRO**

Data da ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Descrição: \_\_\_\_\_

Possui seguro em outras seguradoras? Não Sim Se positivo, especifique: \_\_\_\_\_

**DADOS DO SOLICITANTE**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ (DDD) Telefone celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Local e data****Assinatura do solicitante**