

AVISO DE SINISTRO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS



Matrícula	Proposta
-----------	----------

Nome do segurado acidentado	Idade
-----------------------------	-------

Sexo	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

Conseqüências

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.