☐ DMHO

☐ Morte Acidental

☐ Invalidez por Acidente

Aviso de Sinistro de Riscos Pessoais

- Acidentes Pessoais -

Preenchido pelo Beneficiário/Repres. Legal/Estipulante/Segurado

Gente Seguradora

CADASTRO

Segurado/Participante (Sinistrado)	Estado Civil	Data Nascimento

Endereço	CPF

Nº Apólice	Nº Certificado	Nº Endosso	Import. Segurada/Benefício

Estipulante/Instituidor

Beneficiário Instituído no Seguro

A Seguradora/Entidade comunicar-se-á com:

☐ Segurado/Participante ☐ Estipulante/Instituidor ☐ Beneficiário ☐ Outros	Pessoa para Contato	Telefone

No Endereço (Rua, Av. N.°, Cid. Est., CEP)

No E-mail

DADOS DA OCORRÊNCIA

Data	Hora	Em Serviço/Aula/Evento?	Evento Registrado por Autoridade Policial?
		☐ Sim ☐ Não	☐ Sim ☐ Não

Local de Ocorrência

Pessoas que viram a ocorrência ou primeiro viram o Segurado/Participante após a ocorrência

Nome	Dados para contato

Descrição minuciosa do evento, suas causas e consequências (letra legível)

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/VÍTIMA