

**AVISO DE SINISTRO
DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO****DADOS DO SEGURADO**

Nome completo		Data de nascimento	CPF
Profissão / Atividade			
Endereço (Rua, Avenida, etc.)		N.º	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
DDD	Telefone	Celular <input type="checkbox"/> WhatsApp	E-mail

DADOS DO EVENTO

Data da admissão	Data da demissão
Motivo da demissão	

DADOS BANCÁRIOS

Forma de pagamento	Crédito em: Poupança <input type="checkbox"/> Conta Corrente <input type="checkbox"/>				
Banco	Cód. Banco	Cód. Agência	D.V.	Conta Corrente	D.V.

Data	Assinatura
___/___/___	