CAPEMISA
VIDA E PREVIDÊNCIA

AVISO DE SINISTRO (INVALIDEZ POR ACIDENTE)

Número do Processo | Sucursal | Domicílio

DADOS DO SEGURADO

Nome Completo | CPF | Data de Nascimento

Sexo: Masc. ☐ Fem. ☐ | Estado Civil | Ocupação Profissional | Natureza da Identidade | Nº Doc. Identificação | Órgão Exp. | Data de Expedição

Filiação | Nome do Cônjuge ou Companheira(o)

Naturalidade | Nacionalidade | Rua, Av., Etc | Número | Complemento

Bairro | Município | UF | CEP | DDD | Telefone | Ramal

EVENTO

Data do Evento | Houve Registro Policial? Sim ☐ Não ☐ | Local

Descreva os Detalhes do Acidente

FORMA DE PAGAMENTO (Preenchimento Obrigatório)

1 - Crédito em Conta ☐ Poupança ☐

DADOS DO BANCO

Banco | Cód. Banco | Agência Bancária | Cód. Ag. D.V. | Conta Corrente D.V.

ATENÇÃO: ANEXAR O COMPROVANTE DA CONTA BANCÁRIA.

AUTORIZAÇÃO DO SEGURADO

AUTORIZO A COMPANHIA SEGURADORA ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERÃO AO SEGURADO, AS INFORMAÇÕES SOBRE SEU ESTADO DE SAÚDE. OS MÉDICOS E/OU INSTITUIÇÕES INFORMANTES, FICAM LIBERADAS DA OBRIGAÇÃO DE GUARDAR SIGILO PROFISSIONAL.

Local | Data Emissão | Assinatura do Segurado

DADOS DA CAPEMISA

Data do Recebimento | Assinatura do Funcionário | Matrícula

0917 02.04 2009/11/17

CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Matriz: Rua São Clemente, 38 • Botafogo • CEP 22260-900 • Rio de Janeiro • RJ
CNPJ 08.602.745/0001-32 • FAX (021) 2536-7656 • www.capemisa.com.br
Central de Relacionamento Capemisa 0800 723 3030