

Número do Processo:

Sucursal:

Domicílio:

DADOS DO SEGURADO

Nome Completo:

CPF:

Data de Nascimento:

Sexo:

Masc.
Fem.

Estado Civil:

Ocupação Profissional:

Renda:

Natureza da Identidade:

Nº Doc. Identificação:

Órgão Exp.:

Data de Expedição:

Filiação:

Nome do Cônjuge ou Companheiro(a):

Naturalidade:

Nacionalidade:

Rua, Av. etc.:

Número:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

C :

DDD:

Telefone:

Ramal:

EVENTO

Data de Evento:

Houve registro policial:

 Sim Não

Local:

Descreva os detalhes do acidente:

FORMA DE PAGAMENTO (Preenchimento Obrigatório) Conta-Corrente Poupança

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 POR MEIO DE SUA ASSESSORIA MÉDICA A OBTER DE TODO E QUALQUER MÉDICO, INSTITUIÇÕES HOSPITALARES E PREVIDENCIÁRIAS, QUE ATENDERAM 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 de Emissão:

Assinatura do Segurado:

DADOS DA CAPEMISA

Data do Recebimento:

Assinatura do Funcionário:

Matrícula: