



AVISO DE SINISTRO

Dados do Segurado

Nome:		
Nº CPF:		Data de Nascimento:
Endereço:		CEP:
Cidade UF:		
Telefone: ()	Celular: ()	E-mail:
Possui seguro em outra companhia? [] Sim [] Não		Se sim, qual?

Dados do Sinistro

Tipo de Ocorrência (assinale a cobertura acionada): Data da ocorrência: __/__/__

() Cancelamento ou interrupção de viagem

() Atraso de voo

() Extravio, dano ou demora na localização de bagagem

() Prorrogação de estadia

() Retorno antecipado

() Despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas

() Despesas farmacêuticas

() Despesas com acompanhante em caso de hospitalização prolongada

() Morte acidental

() Invalidez permanente total ou parcial por acidente

() Perda, roubo e danos a documentos de viagem



AVISO DE SINISTRO

Descrição:

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO PESSOA FÍSICA

Dados do Segurado

Nome do beneficiário/segurado:

CPF: Conta corrente Conta poupança

Nome Banco:	Nº Banco:	Nº agência com dígito:	Nº conta com dígito:
-------------	-----------	------------------------	----------------------

**Enviar comprovante de conta bancária, contendo dados do titular, agência e conta.

Importante:

- ✓ O CPF informado deverá ser o mesmo cadastrado na conta a ser creditada.
- ✓ O pagamento da indenização não será realizado em contas de terceiros, ainda que representante legal ou tutor.
- ✓ O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente na conta de sua titularidade.
- ✓ Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante;
- ✓ Não será feito pagamento por crédito em conta salário, conta benefício, conta de Pessoa Jurídica, conta de Cooperativas ou Financeiras.

SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA DO BENEFICIÁRIO

Profissão/Cargo

País de Nascimento



Patrimônio Estimado R\$ _____ ou faixa de renda mensal individual:

até R\$3.000,00 de R\$3.000,01 a R\$ 5.000,00 de R\$5.000,01 a R\$ 10.000,00

de R\$10.000,01 a R\$ 20.000,00 acima de R\$20.000,01

Observação:

O email do segurado com retorno deste formulário preenchido valerá como assinatura do mesmo.

Data: _____ / _____ / _____