

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: _____ / _____ / _____