



**AVISO DE SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE
TOTAL POR ACIDENTE EM VIAGEM - SEGURVIAJE**

CÓDIGO	FR.831.SEG.AF
VERSÃO	V001-2019
VÁLIDO ATÉ	03/09/2021
REFERÊNCIA	N.477.SEG.AF
CLASSIFICAÇÃO	USO INTERNO

OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS, SEM RASURAS.

Relação de Documentos Básicos para Análise:

(Documentos complementares poderão ser solicitados, conforme condições contratuais)

- Aviso de Sinistro de Invalidez Permanente Total por Acidente em Viagem;
- Cópia do RG/RNE, CPF do segurado e Comprovante de Residência nominal e atualizado;
- Anexar exames e laudos médicos que confirmem o quadro clínico;
- Cópia do Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT);
- Cópia da CNH ou PID (Permissão Internacional para Dirigir) do segurado se Conductor do veículo, em caso de acidente de trânsito;
- Tiquete com a comprovação do Embarque;
- Formulário de Autorização de pagamento de Sinistro.

Nº Bilhete:

Nome Segurado:

Idade:

Sexo: F M

Endereço Residencial:

Cep:

Cidade/Estado:

Telefone:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE

Data do Acidente:

Local do Acidente:

Município/Cidade:

UF:

Hora Aproximada:

Atividade exercida pelo segurado no momento do acidente:

Houveram testemunhas do acidente? Em caso afirmativo, cite os nomes:

Foram prestados primeiros socorros ao segurado?

Pessoa que prestou os primeiros socorros:

Local para onde o segurado foi conduzido após os primeiros socorros:

Nome do Médico que assistiu o segurado:

DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE, MENCIONANDO A CAUSA E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS



AVISO DE SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE
TOTAL POR ACIDENTE EM VIAGEM - SEGURVIAJE

CÓDIGO	FR.831.SEG.AF
VERSÃO	V001-2019
VÁLIDO ATÉ	03/09/2021
REFERÊNCIA	N.477.SEG.AF
CLASSIFICAÇÃO	USO INTERNO

Declaro ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica e me responsabilizo pela exatidão das informações fornecidas.

Local/Data

Assinatura do Declarante