



ALFA SEGUROS

Formulário de Aviso de Sinistro

Identificação do Remetente da Documentação

Nome		Telefone com DDD ()
Endereço		E-mail
Corretor	Telefone com DDD do Corretor ()	E-mail do Corretor

Identificação do Seguro

Estipulante do Seguro	CNPJ	Apólice
Subestipulante	CNPJ	E-mail

Qual(is) garantias deseja acionar? Morte Funeral IPA DIT IFPD IPA DMHO Cestas ILPD Perda de Renda
 Outras

Nome do Segurado	Profissão
------------------	-----------

Data de Admissão __/__/__	Situação do segurado na data do evento <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros _____
------------------------------	--

Se Aposentado, qual é o Tipo de Aposentadoria: Idade Tempo de Serviço Invalidez

Se afastado, já retornou ao trabalho? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quando? __/__/__	Nº Benefício INSS	Último Dia Trabalhado __/__/__
---	---------------------	-------------------	-----------------------------------

Possui outros seguros de Vida? Não Sim Qual seguradora?

Dados do Sinistro

Nome do Sinistrado	CPF
--------------------	-----

Profissão	Sexo	Estado Civil	Data de Nascimento __/__/__
-----------	------	--------------	--------------------------------

Data do Sinistro __/__/__	Médico que acompanha (ou) o Segurado:
------------------------------	---------------------------------------

Descreva detalhadamente o ocorrido, suas causas e conseqüências (em caso de acidente, informe data e horário):

Local e Data

Carimbo/Assinatura do Estipulante / Reclamante