

AVISO DE SINISTROS (DADOS DO EVENTO/BENEFICIÁRIOS)

1. Dados da Cobertura

1.1 Tipo de Sinistro <input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Invalidez por Acidente	<input type="checkbox"/> Invalidez por Doença	<input type="checkbox"/> DMH / DIH / DIT
---	--	---	---	--

Além deste formulário, deve ser preenchido também o Relatório Médico de acordo com a cobertura reclamada. Exceto Morte Acidental

2. Dados Cadastrais do Segurado (Preenchimento Obrigatório)

2.1 Nome do Segurado (Principal)	2.2 CPF	2.3 Data de Nascimento __/__/__
---	----------------	---

2.4 Endereço Residencial	2.5 N°	2.6 Complemento
---------------------------------	---------------	------------------------

2.7 Bairro	2.8 CEP	2.9 Cidade	2.10 UF	2.11 DDD	2.12 Telefone
-------------------	----------------	-------------------	----------------	-----------------	----------------------

3. Dados da Empresa – Local de Trabalho do Segurado (Preenchimento Obrigatório pela Empresa)

3.1 Nome da Empresa	3.2 CNPJ / CGC
----------------------------	-----------------------

3.3 Endereço Completo para Correspondência	3.4 DDD	3.5 Fone p/Contato
---	----------------	---------------------------

3.6 Nome do Funcionário	3.7 CPF	3.8 Data de Nascimento __/__/__	3.9 Estado Civil
--------------------------------	----------------	---	-------------------------

3.10 Data de Admissão __/__/__	3.11 Último Dia de Trabalho __/__/__	3.12 Data Demissão __/__/__	3.13 Profissão	3.14 Salário R\$
--	--	---------------------------------------	-----------------------	-------------------------

3.15 Situação do Segurado Data Sinistro <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros	3.16 Aposentadoria 3.16.1 Data do Requerimento __/__/__	3.16.2 Data da Concessão __/__/__	3.16.3 Data 1º Exame Médico __/__/__
--	--	--------------------------------------	---

4. Dados do Sinistrado (Preenchimento Obrigatório)

4.1 Nome (quando não for o Segurado principal)	4.2 CPF
---	----------------

4.3 Grau de Parentesco com o Segurado	4.4 Data de Nascimento __/__/__	4.5 Estado Civil	4.6 Profissão
--	---	-------------------------	----------------------

4.7 Data do Evento __/__/__	4.8 Hora do Evento hs	4.9 Local do Evento	4.10 Em Serviço <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
---------------------------------------	---------------------------------	----------------------------	---

4.11 Descreva detalhadamente o evento ocorrido, suas causas e consequências

5. Dados do Beneficiário (preenchimento obrigatório – Havendo Outros, preencher no verso)

Autorizo a Tokio Marine Seguradora a creditar na(s) conta(s) corrente(s) discriminada(s), desde que a cobertura tenha sido contratada e o evento caracterizado.

5.1.1 Nome	5.1.2 CPF	5.1.3 RG
-------------------	------------------	-----------------

5.1.4 Grau Parentesco c/o Segurado	5.1.5 DDD	5.1.6 Telefone	5.1.7 DDD	5.1.8 Telefone p/ Recados	5.1.9 E-mail
---	------------------	-----------------------	------------------	----------------------------------	---------------------

5.1.10 Endereço Residencial	5.1.11 N°	5.1.12 Complemento
------------------------------------	------------------	---------------------------

5.1.13 Bairro	5.1.14 Cidade	5.1.15 UF	5.1.16 - CEP
----------------------	----------------------	------------------	---------------------

5.1.17 Nome Banco	5.1.18 N° Banco	5.1.19 Nome Agência	5.1.20 N° Agência	5.1.21 Dígito	5.1.22 N° C. Corrente	5.1.23 Dígito
--------------------------	------------------------	----------------------------	--------------------------	----------------------	------------------------------	----------------------

5.2.1 Nome				5.2.2 CPF		5.2.3 RG	
5.2.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.2.5 DDD	5.2.6 Telefone	5.2.7 DDD	5.2.8 Telefone p/ Recados		5.2.9 E-mail
5.2.10 Endereço Residencial					5.2.11 N°	5.2.12 Complemento	
5.2.13 Bairro			5.2.14 Cidade			5.2.15 UF	5.2.16 CEP
5.2.17 Nome Banco	5.2.18 N° Banco	5.2.19 Nome Agência	5.2.20 N° Agência	5.2.21 Dígito	5.2.22 N° C. Corrente	5.2.23 Dígito	

5.3.1 Nome				5.3.2 CPF		5.3.3 RG	
5.3.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.3.5 DDD	5.3.6 Telefone	5.3.7 DDD	5.3.8 Telefone p/ Recados		5.3.9 E-mail
5.3.10 Endereço Residencial					5.3.11 N°	5.3.12 Complemento	
5.3.13 Bairro			5.3.14 Cidade			5.3.15 UF	5.3.16 CEP
5.3.17 Nome Banco	5.3.18 N° Banco	5.3.19 Nome Agência	5.3.20 N° Agência	5.3.21 Dígito	5.3.22 N° C. Corrente	5.3.23 Dígito	

5.4.1 Nome				5.4.2 CPF		5.4.3 RG	
5.4.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.4.5 DDD	5.4.6 Telefone	5.4.7 DDD	5.4.8 Telefone p/ Recados		5.4.9 E-mail
5.4.10 Endereço Residencial					5.4.11 N°	5.4.12 Complemento	
5.4.13 Bairro			5.4.14 Cidade			5.4.15 UF	5.4.16 CEP
5.4.17 Nome Banco	5.4.18 N° Banco	5.4.19 Nome Agência	5.4.20 N° Agência	5.4.21 Dígito	5.4.22 N° C. Corrente	5.4.23 Dígito	

Estou ciente que:

- as informações prestadas acima são de minha total responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura do evento, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.
- havendo outros beneficiários, o crédito autorizado corresponderá somente à minha participação no recebimento.
- a Tokio Marine Seguradora não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro em dados informados pelo emitente.

Observações:

A conta corrente informada acima deve obrigatoriamente pertencer ao beneficiário do crédito.
 Afirmo serem verdadeiras todas as informações contidas neste formulário e estou ciente do teor das condições gerais do seguro.

Local	Data ____/____/____	Assinatura do Reclamante	Assinatura do Segurado Beneficiário
-------	------------------------	--------------------------	-------------------------------------

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador de CI/RG nº _____, Órgão Expedidor/UF _____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliado na (Rua/Av.) _____, nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____ UF _____, na qualidade de _____, do segurado, Sr.(a) _____ (contrato nº _____), autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, à Tokio Marine Seguradora, ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e atendimentos, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico-previdenciária (INSS), referentes a _____, (data de nascimento _____). AUTORIZO, ainda, que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Tokio Marine Seguradora, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização nesta data.

_____, de _____ de _____.

Assinatura: _____ Nome: _____

Obs.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório "obrigatoriamente"