

AVISO DE SINISTRO SEGURO VIAGEM

NÚMERO DA APÓLICE / BILHETE

NOME DO PRODUTO

NOME DO SEGURADO

DATA DE NASCIMENTO

CPF

NOME DO SINISTRADO

DATA DE NASCIMENTO

CPF

CLASSIFICAÇÃO

TITULAR

CÔNJUGE

FILHO

DATA DO OCORRIDO

HORA

LOCAL

HOUE REGISTRO POLICIAL?

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES | <input type="checkbox"/> CANCELAMENTO OU INTERRUPTÃO DE VIAGEM | <input type="checkbox"/> PRORROGAÇÃO FORÇADA DAVIAGEM |
| <input type="checkbox"/> DESPESAS ODONTOLÓGICAS | <input type="checkbox"/> REGRESSO ANTECIPADO | <input type="checkbox"/> ROUBO OU FURTO QUALIFICADO EQUIPAMENTOS ELETRONICOS |
| <input type="checkbox"/> TRANSLADO DE CORPO | <input type="checkbox"/> DESPESAS FARMACÊUTICAS | <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DE GESTANTES |
| <input type="checkbox"/> REGRESSO SANITÁRIO | <input type="checkbox"/> BAGAGENS | <input type="checkbox"/> TRANSLADO EXECUTIVO |
| <input type="checkbox"/> TRANSLADO MÉDICO | <input type="checkbox"/> DANOS À MALA | <input type="checkbox"/> ATRASO OU CANCELAMENTO DO VÔO |
| <input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL | <input type="checkbox"/> FUNERAL | <input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA |
| <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE TOTALPOR ACIDENTE | <input type="checkbox"/> ESPORTES DE COMPETIÇÃO AMADORA | <input type="checkbox"/> VISITA AO SEGURADO HOSPITALIZADO |

DESCREVER COM DETALHES A MANEIRA COMO OCORREU O SINISTRO (EX: SINTOMAS QUE MOTIVARAM O ATENDIMENTO MÉDICO, O QUE MOTIVOU O CANCELAMENTO DA VIAGEM, ETC.)

