

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	HOUVE REGISTRO POLICIAL?

TIPO DE OCORRÊNCIA:

<input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO OU INTERRUPÇÃO 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.)
