

AVISO DE SINISTRO DPVAT



A. IDENTIFICAÇÃO

| | | | |
|--|---|--------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> PROCESSO NOVO | <input type="checkbox"/> DOCS. COMPLEMENTARES | DATA DA RECLAMAÇÃO | Nº DO SINISTRO |
| CÓDIGO DA SEGURADORA | | SUCURSAL RESPONSÁVEL MATRIZ | |

TIPO DE SINISTRO

| | | |
|--------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> MORTE | <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> DESPESAS C/ ASSISTÊNCIA MÉDICA |
|--------------------------------|---|---|

| | |
|----------------|-------------------|
| NOME DA VÍTIMA | CIC/CPF DA VÍTIMA |
|----------------|-------------------|

B. DADOS DO REQUERENTE

| |
|------|
| NOME |
|------|

TIPO

| | | | | |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> VÍTIMA | <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO | <input type="checkbox"/> PROCURADOR | <input type="checkbox"/> OUTRO | DDD – TELEFONE P/CONTATO |
|---------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|

| | | |
|--|----|--------|
| ENDEREÇO COMPLETO PARA CORRESPONDÊNCIA (Av., Rua, Pça, etc.) | Nº | COMPL. |
|--|----|--------|

| | | | |
|--------------------|-----|-----------|----|
| BAIRRO OU DISTRITO | CEP | MUNICÍPIO | UF |
| | | | |

C. DOCUMENTAÇÃO (Cópias Autenticadas)

DOCUMENTOS BÁSICOS

| | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| Aviso de Sinistro (original) | <input type="checkbox"/> | CPF da Vítima | <input type="checkbox"/> |
| DUT ou Bilhete de Seguro – No caso de acidentes envolvendo ônibus | <input type="checkbox"/> | Doc. de Identidade ou Certidão de Nas, ou CTPS ou Carteira de Registro do Beneficiário | <input type="checkbox"/> |
| Certidão da Situação de Inquérito Policial (veículo não identificado) | <input type="checkbox"/> | CPF do Beneficiário ou no caso de menor(es), de seu(s) representante(s) legal(ais) | <input type="checkbox"/> |
| Boletim de Ocorrência Policial | <input type="checkbox"/> | Procuração original e e específica para o recebimento do Seguro DPVAT (pessoa não alfabetizada, por Instrumento Público) | <input type="checkbox"/> |
| Doc. de Identidade ou Certidão de Nas. Ou CTPS ou Cadeira de Registro da Vítima | <input type="checkbox"/> | Comprovante de Residência do Requerente | <input type="checkbox"/> |

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

D.A.M.S.

| | | |
|---|--|---|
| Certidão de Óbito <input type="checkbox"/> Laudo de Exame Cadavérico <input type="checkbox"/> Comprovação de Beneficiários <input type="checkbox"/> <u>Esposa</u> <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento atualizada <input type="checkbox"/> <u>Companheiro(a) com filho(s)</u> <input type="checkbox"/> Declaração de Concubinato <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento dos filhos <input type="checkbox"/> <u>Companheiro(a) sem filho(s)</u> <input type="checkbox"/> Declaração de Concubinato <input type="checkbox"/> <u>Filhos(as)</u> <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento ou Casamento <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> <u>Irmãos(as)</u> <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/> Alvará Judicial <input type="checkbox"/> | Questionário de Avaliação de Invalidez Permanente (todos os campos preenchidos) <input type="checkbox"/> OUTROS DOCUMENTOS ENTREGUES <input type="checkbox"/> | Declaração do 1º Atendimento Hospitalar (original) <input type="checkbox"/> Relatório Médico (Original) <input type="checkbox"/> Comproventes das despesas médico-hospitalares (Originais e Quitados) <input type="checkbox"/> Notas Fiscais de farmácias acompanhadas das respectivas receitas (Originais e Quitadas) <input type="checkbox"/> Termo de Anuência, em caso de despesas pagas por Terceiros <input type="checkbox"/> Comprovação de Beneficiários <input type="checkbox"/> CPF e Identidade do responsável pelas despesas <input type="checkbox"/> |
|---|--|---|

Declaro estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

DATA ____/____/____ REQUERENTE: _____

| | |
|------------------------------|---------------------|
| RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO | DATA DO RECEBIMENTO |
|------------------------------|---------------------|