



Morte Natural     
  Invalidez por Acidente     
  Diárias de Incapacidade Temporária     
  Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas  
 Morte por Acidente     
  Invalidez por Doença     
  Diárias de Internação Hospitalar     
  Outros: \_\_\_\_\_

**DADOS DO PROPONENTE**

Data do Evento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Apólice: \_\_\_\_\_      Nº: \_\_\_\_\_  
 Nome do Estipulante: \_\_\_\_\_  
 Nome do Sub-Estipulante: \_\_\_\_\_  
 Segurado Principal: \_\_\_\_\_  
 Segurado Sinistrado: \_\_\_\_\_  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_      Idade: \_\_\_\_\_      Profissão: \_\_\_\_\_      Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Aposentado:     SIM     NÃO      Concedida em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Motivo: \_\_\_\_\_  
 O Segurado possui outros seguros de Vida ou Acidentes Pessoais em vigor?     SIM     NÃO    (Relacionar abaixo as Seguradoras e número da apólice)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DADOS DO SINISTRO**

Os dados abaixo deverão ser preenchidos nos casos de morte por acidente, invalidez por acidente, despesas médicas, diárias de afastamento e internação hospitalar por acidente:  
 Data da Ocorrência: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Horário: \_\_\_\_\_  
 Local do Acidente: \_\_\_\_\_  
 Qual o tipo de Acidente? \_\_\_\_\_  
 Interveio alguma autoridade policial?     SIM     NÃO    (Anexar cópia do Boletim de Ocorrência)  
 Descreva como aconteceu o acidente e suas consequências:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DO SEGURADO E/OU BENEFICIÁRIO**

Pelo presente, comunico a ocorrência do sinistro acima, e autorizo a AXA Seguros a obter informações sobre o estado de saúde do Segurado de todo e qualquer médico e instituição hospitalar ou previdenciária que o tenha atendido. Os médicos e/ou instituições estão liberadas da obrigação de guardar sigilo sobre estas informações:  
 Nome: \_\_\_\_\_      Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_      Nº \_\_\_\_\_      Complemento: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_      Cidade: \_\_\_\_\_      UF: \_\_\_\_\_      Cep: \_\_\_\_\_      Tel:(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_      Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Assinatura do Segurado e/ou Beneficiário: \_\_\_\_\_