

1. Dados do Sinistro

Data do Evento	Hora do Evento	Local da Ocorrência
Em Serviço <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro Policial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Sinistro <input type="checkbox"/> Óbito Natural <input type="checkbox"/> Óbito Acidental <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Por Acidente <input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Por Doença <input type="checkbox"/> Invalidez Total Permanente Por Doença

2. Dados da Apólice

Nome do Estipulante/Subestipulante	Nº da Apólice
------------------------------------	---------------

3. Dados do Segurado Sinistrado

Tipo <input type="checkbox"/> Segurado Principal <input type="checkbox"/> Cônjuge	Nome Completo do Sinistrado		
CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial
Nº	Complemento	Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefone () ()	Função/Cargo/Ocupação Principal
Último Dia de Trabalho	Situação na Data do Sinistro <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado	Por que Motivo? (Aposentado/Afastado)	

4. Dados do Reclamante/Declarante

Tipo <input type="checkbox"/> Segurado Principal <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Beneficiário - Grau de Parentesco _____			
Nome Completo			
CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial
Nº	Complemento	Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefone Residencial () ()	Telefone Celular () ()
Telefone Comercial/Recado () ()	Email		

5. Autorização

Autorizo, na qualidade de Segurado(a)Beneficiário(a)Representante Legal, a União Seguradora S.A. - Vida e Previdência a requerer a Órgãos Públicos e Privados informações relativas ao sinistro e ao segurado.

Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

_____/_____/_____
Local e Data

Anexos:

- Certidão de Óbito
- Laudo Médico
- Identidade/CPF do Segurado
- Contracheque
- Comprovante de Residência
- Identidade/CPF do Beneficiário
- Comprovante dos Dados Bancários
- Declaração de Únicos Herdeiros Legais (cf Firma Reconhecida)
- Declaração - Pessoa Politicamente Exposta

Cópia Autenticada:

- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não

Assinatura do(a) Segurado(a)/Beneficiário(a)/Representante Legal

Assinatura e Carimbo do Estipulante/Subestipulante