



## 1. Dados do Sinistro

Data do Evento	Nº do Sinistro	Registro Policial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Sinistro
----------------	----------------	--	------------------

## 2. Dados do Plano

Nº da Matrícula	Nº do Certificado	Nº da Proposta	Cobertura
-----------------	-------------------	----------------	-----------

## 3. Dados do Participante

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

## 4. Dados do Comunicante/Declarante

Tipo  
 Procurador  Curador  Beneficiário - 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 Comunicante/Declarante, a Aspecir Previdência, a requerer a Órgãos Públicos e Privados informações relativas ao sinistro e ao participante.

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

**Cópia Autenticada:**

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

Assinatura do(a) Comunicante/Declarante