

AVISO DE SINISTRO



Dados de envio

Destinatário:

Oxxy Seguradora S/A.

(Regulação de Sinistros)

Avenida Rio Branco, 691-2º andar

Florianópolis - SC - CEP 88015 - 200.

Central de Atendimento:

Serviços: 0800 000 0405 Atendimento 24 horas

SAC: 0800 748 7815 Atendimento 24 horas

Ouvidoria: 0800 748 7816

Atendimento de 2ª a 6ª feira das 08:30h às 17:30h

PRODUTO	Nº DA APÓLICE	Nº DO CERTIFICADO

Dados do segurado:

NOME		DATA DE NASCIMENTO
SEXO	TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ
F () M ()	Física () Jurídica ()	

Dados do sinistrado:

NOME		DATA DE NASCIMENTO
SEXO	GRAU DE PARENTESCO	CPF / CNPJ
F () M ()		

Consequência do evento:

- Morte Natural
- Morte Acidental
- Doenças Graves/Críticas
- Invalidez Permanente Total por Acidental
- Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas
- Diárias por internação Hospitalar.
- Outros _____

Causa do evento:

- Doença Acidente
- Data do evento: / /
- Foi acidente de trabalho? Não Sim
- Houve Registro Policial? Não Sim
- Quando o segurado/sinistrado começou a sentir os primeiros sintomas da doença?

Descreva com detalhes a maneira como ocorreu o sinistro:

AVISO DE SINISTRO



O segurado possui outros seguros de Vida, Acidentes ou Previdência Privada?

() Sim () Não

Qual é a seguradora: _____

Tipo de Seguro/Plano de Previdência: _____

Dados do beneficiário:

NOME		DATA DE NASCIMENTO	
CPF	RG		
PROFISSÃO	E-MAIL		
ENDEREÇO		BAIRRO	
CEP	CIDADE	UF	
TELEFONE DE CONTATO			

Local e data

Assinatura do beneficiário

AVISO DE SINISTRO



Dados do segurado principal:

NOME	
DATA DE ADMISSÃO	DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

O segurado estava afastado de suas atividades profissionais?

() Sim () Não

Motivo do Afastamento: _____

Responder em caso de doença:

Quando começou a sentir os primeiros sintomas da doença, o segurado levou ao conhecimento da empresa? _____

Desde quando o segurado começou a faltar acentuadamente ao trabalho em virtude de doença?

Trabalhou mais quantos dias ou meses depois dos primeiros sintomas?

Local e data

Assinatura e carimbo da empresa