

AVISO DE SINISTRO

NOME DO SEGURADO		CPF/CNPJ		TELEFONE
				()
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO	BAIRRO
CIDADE	CEP	Nº DA APÓLICE	SEGURADORA	
DATA DO SINISTRO	HORA DO OCORRIDO	HOUE BOLETIM DE OCORRÊNCIA?		E-MAIL
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

NOME DO CONDUTOR DO VEÍCULO SEGURADO	ASSUME A RESPONSABILIDADE NO ACIDENTE?	NOME E TELEFONE DO TERCEIRO (Se Houver)
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

LOCAL DO SINISTRO (Endereço, nº, Complemento, Bairro, Cidade e CEP)

DESCRIÇÃO DETALHADA DO ACIDENTE

CROQUI (Faça um desenho de como ocorreu o acidente)

DATA _____ / ____ / ____ ASSINATURA: _____

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS (OUTROS DOCUMENTOS PODERÃO SER SOLICITADOS NO DECORRER DO PROCESSO)	
<input type="checkbox"/>	DUT (Documento de porte obrigatório - Legível)
<input type="checkbox"/>	CNH DO CONDUTOR D VEÍCULO (Legível)
<input type="checkbox"/>	BOLETIM DE OCORRÊNCIAS (SE HOVER)
<input type="checkbox"/>	FOTOS DO MOMENTO DO ACIDENTE (Se houver)
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	