

AVISO DE SINISTRO - SEGURO VIAGEM

NÚMERO DA APÓLICE / BILHETE		NOME DO PRODUTO	
NOME DO SEGURADO		DATA DE NASCIMENTO	CPF
NOME DO SINISTRADO		DATA DE NASCIMENTO	CPF
CLASSIFICAÇÃO:	<input type="checkbox"/> TITULAR	<input type="checkbox"/> CÔNJUGE	<input type="checkbox"/> FILHO
DATA DO OCORRIDO	HORA	LOCAL	HOUVE REGISTRO POLICIAL?

TIPO DE OCORRÊNCIA:

<input type="checkbox"/> DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES	<input type="checkbox"/> CANCELAMENTO OU INTERRUPTÃO DE VIAGEM	<input type="checkbox"/> ACOMPANHAMENTO DE MENORES E IDOSOS
<input type="checkbox"/> DESPESAS ODONTOLÓGICAS	<input type="checkbox"/> REGRESSO ANTECIPADO	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO DE GASTOS DE EMISSÃO DE PASSAPORTE PROVISÓRIO
<input type="checkbox"/> TRANSLADO DE CORPO	<input type="checkbox"/> DESPESAS FARMACÊUTICAS	<input type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA JURÍDICA
<input type="checkbox"/> REGRESSO SANITÁRIO	<input type="checkbox"/> COMPRA PROTEGIDA	<input type="checkbox"/> HOSPEDAGEM DE ACOMPANHANTES
<input type="checkbox"/> TRANSLADO MÉDICO	<input type="checkbox"/> BAGAGENS	<input type="checkbox"/> HOSPEDAGEM APÓS ALTA HOSPITALAR
<input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL	<input type="checkbox"/> DANOS A BAGAGENS ESPECIAIS	<input type="checkbox"/> VISITA AO SEGURADO HOSPITALIZADO
<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE	<input type="checkbox"/> ESPORTES DE COMPETIÇÃO AMADORA	

DESCREVER COM DETALHES A MANEIRA COMO OCORREU O SINISTRO (EX: SINTOMAS QUE MOTIVARAM O ATENDIMENTO MÉDICO, O QUE MOTIVOU O CANCELAMENTO DA VIAGEM, ETC.)

EM CASO DE DESPESAS MÉDICAS, HOSPITALARES, ODONTOLÓGICAS, FARMACÊUTICAS, RELACIONAR:

DESCRIÇÃO DA DESPESA	VALOR	MOEDA



NOME DO RECLAMANTE		CPF	PARENTESCO
ENDEREÇO PARA CORRESPONDENCIA		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
EMAIL		FAX ()	
TELEFONE COMERCIAL ()	TELEFONE RESIDENCIAL ()	CELULAR ()	

IMPORTANTE

1. Esta reclamação não terá validade caso o solicitante altere e/ou oculte qualquer fato e/ou circunstância relevante para a obtenção da indenização do seguro. Em caso de dúvidas ligue para nossa central de atendimento: 0800 726 4115
2. O recebimento deste formulário não implica na responsabilidade da OMINT Seguros em indenizar o sinistro. Tal responsabilidade será apurada e posteriormente comunicada ao segurado.
3. O segurado/reclamante deve enviar este formulário juntamente com todos os documentos solicitados, onde, sem os quais não será possível analisar sua solicitação. Recomenda-se o envio através de carta registrada ou SEDEX para: OMINT Seguros S.A. - Caixa Postal nº 11014, CEP 05422-970 / São Paulo - SP

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e assumirei total responsabilidade civil ou criminal caso venha a ser constatada qualquer falsidade nestas declarações.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE

