FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO POR ACIDENTE

OXXY SEGURADORA

Dados de envio

Destinatário:
Oxxy Seguradora S/A.
(Regulação de Sinistros)
R. Dom Jaime Câmara, 49 - Centro,
Florianópolis - SC - CEP 88015 - 120.

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

Questionário a ser devidamente preenchido pelo segurado

NOME		DATA DE NASCIMENTO	
NOME SOCIAL			
CPF	**SEXO**	**PROFISSÃO**	
ENDEREÇO		**NÚMERO**	
COMPLEMENTO	**BAIRRO**	**CIDADE**	**UF**
CEP	**TELEFONE (COM DDD)**	**EMAIL**	
LOCAL DE OCORRÊNCIA DO SINISTRO			
DATA DA OCORRÊNCIA		**EM SERVIÇO**	
		Sim ( ) Não ( )	
TIPO DE ACIDENTE			
( ) Trânsito ( ) Doméstico ( ) Trabalho ( ) Outros			
EM CASO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO		**EVENTO REGISTRADO POR AUTORIDADE POLICIAL**	
( ) Condutor ( ) Passageiro ( ) Pedestre		Sim ( ) Não ( )	
FOI REALIZADO EXAME NECROSCÓPICO/CORPO E DELITO		**FOI REALIZADO EXAME DE DOSAGEM ALCOÓLICA?**	
Sim ( ) Não ( )		Sim ( ) Não ( )	
Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências:			
HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? ( ) SIM ( ) NÃO			
Data da Internação:		Data da Alta:	
Nome do Hospital:			

MENCIONE ACIDENTES SOFRIDOS ANTERIORMENTE (INDICAR AS DATAS E CARACTERISTICAS DAS LESÕES):

ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO.

AUTORIZO A OXXY SEGURADORA, OU SEU REPRESENTANTE DEVIDAMENTE AUTORIZADO, A SOLICITAR INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU NÃO, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTO MÉDICO LEGAL, PROMOVENDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICOS-HOSPITALARES. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. POR FIM, AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS E DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.

Faixa de renda mensal do beneficiário:

Será Aceita Conta Corrente Conjunta, somente quando o favorecido ou beneficiário for o titular da Conta Corrente. Declaro (amos) que a Seguradora não será responsável pelo descumprimento do pagamento da indenização, se este for oriundo de erro de dados cadastrais e bancários abaixo fornecidos.

NOME DO BANCO	NÚMERO DO BANCO

NÚMERO DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA CORRENTE OU POUPANÇA E DÍGITO

Autorizo (amos) a Seguradora a fetuar o crédito no banco e conta corrente/poupança acima indicados. Com a efetivação do crédito e consequente pagamento da indenização de acordo com o contrato de seguro, outorgado à Oxxy Seguradora S.A, livre de qualquer coação ou pressão,a mais ampla plena, geral, irrevogável e irretratável quitação para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele, no presente ou no futuro, com relação a todos os danos experimentados em virtudes do sinistro acima indicado, renunciando expressamente do direito de pleitear qualquer indenização em face da Seguradora. Após este pagamento a Seguradora ficará ficará sub-rogada até o limite do valor indenizado, em todos os direitos e ações do Segurado.

Local e data

Assinatura do segurado ou representante legal
(não é necessário reconhecer assinatura em cartório)