

Aviso de Sinistro

SINCOR-RO	Delegacia	Polícia Civil	Estado	Data

Seguradora destinatária	Tipo de sinistro

Dados do Acidente e da Vítima

Nome do proprietário do veículo	Local do acidente

Data do acidente	Chassis do veículo	Placa	Estado	Tipo de Veículo

Nome da vítima:	
Endereço:	
Estado Civil:	

Idade	Sexo	CPF	Data de nascimento da vítima	Condição

Beneficiários

1º Beneficiário - Nome:				
Grau de Parentesco:		CPF:		
Endereço:		CEP:		
Cidade:		Estado:		
Telefone:		E-mail:		

2º Beneficiário - Nome:				
Grau de Parentesco:		CPF:		
Endereço:		CEP:		
Cidade:		Estado:		
Telefone:		E-mail:		

3º Beneficiário - Nome:				
Grau de Parentesco:		CPF:		
Endereço:		CEP:		
Cidade:		Estado:		
Telefone:		E-mail:		

4º Beneficiário - Nome:				
Grau de Parentesco:		CPF:		
Endereço:		CEP:		
Cidade:		Estado:		
Telefone:		E-mail:		

Relação dos Documentos Entregues

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CPF da Vitima | <input type="checkbox"/> Relatório do 1º atendimento |
| <input type="checkbox"/> Identidade ou Habilitação da Vitima | <input type="checkbox"/> CPF, RG e Comprovante Residência do Procurador |
| <input type="checkbox"/> Abertura de Inquérito Policial | <input type="checkbox"/> Laudo hospitalar ref. Atend. Caráter particular |
| <input type="checkbox"/> Laudo de Tanascópico da Vítima | <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento do(s) Beneficiário(s) |
| <input type="checkbox"/> Atestado de Óbito da Vitima | <input type="checkbox"/> CPF do Beneficiário(s) ou Declaração Receita |
| <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial | <input type="checkbox"/> Identidade ou Cart. Trab. do(s) Beneficiário(s) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do DUT e DUA | <input type="checkbox"/> Declaração de Herdeiros |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento da Vitima Atualizado | <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento dos beneficiários |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Nascimento da vítima | <input type="checkbox"/> Declaração do Convênio |
| <input type="checkbox"/> Laudo de Lesões Corporais do IML | <input type="checkbox"/> Declaração de Residência |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Despesas | <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência |
| <input type="checkbox"/> Relatório Médico | <input type="checkbox"/> Autorização de Pagamento |
| <input type="checkbox"/> Relação Medicamentos utilizados pelo Hosp. | <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros |
| <input type="checkbox"/> Procuração instrumento particular DPVAT | <input type="checkbox"/> Declaração de Dependente INSS |

Obs.: Em cumprimento 30 dias para pagamento da indenização estabelecido na legislação do seguro de DPVAT, solicitamos que dentro deste prazo seja comunicado ao(s) beneficiários e a este SINCOR-RO (Res. CNSP 026/94) quando estiver disponível para pagamento a(s) importâncias relativa(s) a(s) indenização(ões) deste processo.