

AVISO DE SINISTROS - Seguro Educacional -Estácio
1. Dados da Cobertura

1.1 Tipo de Sinistro Morte Acidental	Perda de Renda
--	----------------

2. Dados Cadastrais do Responsável Financeiro (Preenchimento Obrigatório)

2.1 Nome do Segurado (Principal)				2.2 CPF		2.3 Data de Nascimento ____/____/____		
2.4 Endereço Residencial				2.5 Nº		2.6 Complemento		
2.7 Bairro		2.8 CEP	2.9 Cidade		2.10 UF	2.11 DDD	2.12 Telefone	2.13 E-mail
2.14 Data de Admissão ____/____/____	2.15 Último Dia de Trabalho ____/____/____	2.16 Data Demissão ____/____/____	2.17 Situação do Segurado Data Sinistro Ativo Afastado Aposentado Outros					

3. Dados da Empresa – Instituição de ensino (Preenchimento Obrigatório)

3.1 sub estipulante – UNIDADE que o aluno está matriculado	3.2 CNPJ / CGC
---	-----------------------

4. Dados do aluno (Preenchimento Obrigatório)

4.1 Nome			4.2 CPF
4.3 Grau de Parentesco com o Responsável Financeiro	4.4 Data de Nascimento ____/____/____	4.5 número da matricula	

5. Em caso de morte acidental do responsável financeiro (Preenchimento Obrigatório)

5.1 Data do evento ____/____/____	5.2 Hora do Evento Hs	Em serviço SIM Não	
Local do Evento e descrição do acidente			

Estou ciente que:

- as informações prestadas acima são de minha total responsabilidade.
 - o abono nas mensalidades será efetuado após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura do evento, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.
 - não haverá indenização por morte acidental quando o responsável financeiro for o próprio aluno conforme Condições Gerais do seguro educacional
 - a Tokio Marine Seguradora não se responsabiliza por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro em danos informados pelo emitente.

Observações:

Afirmo serem verdadeiras todas as informações contidas neste formulário e estou ciente do teor das condições gerais do seguro.

Local	Data ____/____/____	Assinatura do Reclamante	Assinatura do Segurado Beneficiário
--------------	-------------------------------	---------------------------------	--

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, portador de RG nº _____,
Órgão Expedidor/UF _____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____,
residente _____ e domiciliado _____ na _____ (Rua/Av.)

Complemento _____, Bairro _____, Cidade _____, nº _____,
UF _____, na qualidade de _____, do Sr.(a)

segurado, _____ (contrato nº _____), autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, à Tokio Marine Seguradora, ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico-previdenciária (INSS), referentes ao _____, (data de nascimento _____).

AUTORIZO, ainda, que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Tokio Marine Seguradora, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Na qualidade de responsável financeiro, autorizo e dou anuência à instituição de ensino _____, para que receba os valores referentes às mensalidades do aluno _____, pelo período máximo de 6 (seis) meses e conseqüente abono nas mensalidades escolares.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização nesta data.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____ Nome: _____

Obs.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório "obrigatoriamente"