



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

# **Portal de Sinistros**

## **WEB Pessoas**

# Novidade de Sinistros

---

## Sumário

- ✓ Funcionalidades
- ✓ Aviso de sinistro
- ✓ Consulta de sinistros

# Objetivo

---

- Ajustar processo de aviso de sinistro de modo que a inserção do aviso ocorra na ferramenta web e o envio de documentos parta do segurado/beneficiário através de porte pago.

# Benefícios

---

- Facilita e agiliza a abertura de sinistros a partir da ferramenta web da Tokio Marine;
- Possibilita acompanhamento remoto dos sinistros em atendimento;

# Funcionalidade

---

Por meio do Portal Web Tokio Marine, tanto o Estipulante, corretor, segurado e/ou beneficiário terão acesso às informações referentes ao sinistro: registro do aviso e histórico de processo.

Uma ferramenta prática, auto explicativa, que proporciona facilidade e agilidade, possibilitando o preenchimento do aviso de sinistro pela internet para as apólices vigentes de seguros de Pessoas. Além disso, o sistema sinalizará quando as informações obrigatórias não forem preenchidas e quando identificar informações importantes para análise do sinistro.

Para as demais situações, o aviso de sinistro continua sendo formalizado pela Central de Atendimento Tokio Marine.



# Aviso de Sinistro



CORRETORES

ASSESSORIAS

Busca no site



PARA VOCÊ

PARA SUA EMPRESA

A TOKIO

PARCEIROS

AFINIDADES

 AUTOATENDIMENTO

1

TOQUE A VIDA  
com muito mais  
tranquilidade.



SOLICITE UMA PROPOSTA



ATENDIMENTO



SINISTRO



ÁREA DO CLIENTE

O acesso será feito dentro do Portal da Tokio Marine:

1) Clique em “*Autoatendimento*” para abrir opções



# Aviso de Sinistro

The image shows a screenshot of the Tokio Marine Seguradora website. At the top, there is a navigation bar with the company logo on the left, which includes the text 'TOKIO MARINE SEGURADORA' and 'NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA'. To the right of the logo are the words 'CORRETORES' and 'ASSESSORIAS', followed by a search bar containing 'Busca no site' and a magnifying glass icon. Further right are social media icons for Facebook, Twitter, LinkedIn, and YouTube. Below this is a secondary navigation bar with the following items: 'PARA VOCÊ', 'PARA SUA EMPRESA', 'A TOKIO', 'PARCEIROS', 'AFINIDADES', and 'AUTOATENDIMENTO' with a gold icon.

The main content area features a large photograph of a smiling man in a blue blazer looking at his smartphone. On the left side of this image, there is a dark green overlay with white text that reads 'TELEFONE, INTERNET E APLICATIVO. Sempre com você.'.

At the bottom of the page, there is a horizontal navigation bar with four items: 'UMA PROPOSTA' with a gold icon, 'ATENDIMENTO' with a gold headset icon, 'SINISTRO' with a gold hammer icon, and 'ÁREA DO CLIENTE' with a gold person icon.

On the right side of the page, there is a dark green sidebar titled 'ÁREA DO CLIENTE' with a close icon (X). Underneath the title is the word 'Sinistro'. Below this, there is a list of menu items, each with a small icon: 'Acompanhar sinistro' (magnifying glass), 'Agendar vistoria' (calendar), 'Envio de documentos de sinistro' (document), 'Aviso Auto' (car), 'Aviso Auto Terceiro' (car), 'Aviso Residencial' (house), 'Aviso Responsabilidade Civil' (gavel), 'Aviso Empresarial' (document), 'Aviso Condomínio' (apartment building), and 'Aviso Agronegócio' (plant). The 'Aviso Vida' item, which has a heart icon, is highlighted with a dashed yellow border and a red box containing the number '2'.

Below the 'Aviso Vida' item are the following menu items: 'Portal Autoatendimento', 'Portal Estipulante e Representante'.

2) Nas opções de Sinistro, clique em Aviso Vida para iniciar o preenchimento

# Aviso de Sinistro



Sinistro



## Aviso de Sinistro - Vida

Informações Iniciais

1

Registro da Ocorrência

2

Contato (pessoa que iremos manter contato)

Quem está comunicando o aviso?

Selecione

Vínculo com o Segurado

Selecione

Nome

Forma Preferida de Contato

Selecione

Receber informações via SMS?

Não  Sim

Tel. Celular SMS

Tel. Comercial-Ramal

Tel. Residencial

Tel. Celular

Autoriza Tokio Marine a enviar e-mails para acompanhamento do sinistro?

Não  Sim

E-mail

CEP

Logradouro

Número

Complemento

Bairro

Cidade

UF

Selecione

AVANÇAR


3) Inicie o preenchimento do aviso com informações sobre o comunicante.

4) Em seguida, coloque todas as formas de contato.  
Obs.: Essas informações são muito importantes para a seguradora manter contato sempre que possível para tratar do andamento do processo.


5) Preencha também, o endereço completo. Depois clique em Avançar




# Aviso de Sinistro

 TOKIO MARINE SEGURADORA

**Sinistro**

 CENTRAL DE ATENDIMENTO  
MENSAGENS, OUVIDORIA E TELEFONES

 ATENDIMENTO ONLINE  
DÚVIDAS, PERGUNTAS FALE CONOSCO

---

Aviso de Sinistro - Vida

Informações Iniciais 1 Registro da Ocorrência 2

**Dados do Segurado**

Nome  CPF  Data de Nascimento

**Dados da Apólice**

Estipulante  CNPJ

**Dados da Vítima**

Vínculo com o Segurado  
Selecione

Nome  CPF  Data de Nascimento

Profissão  
Selecione

Sexo  
Selecione

**Descrição da Ocorrência**

Tipo  
Selecione

Causa  
Selecione

Data  Hora

Descrição da Ocorrência

6

7

8

9

10

- 6) Preencha os dados do segurado.
- 7) Caso possua alguma informação sobre o estipulante da apólice informe a nome e o CNPJ (exemplo: “Empresa em que trabalha”)
- 8) Em seguida, informe os dados da vítima.
- 9) Informe alguns detalhes sobre a ocorrência, como o que aconteceu, qual a causa, a data, horário aproximado e descreva o que aconteceu.
- 10) Após preencher todas as informações, clique em *Finalizar*.

# Aviso de Sinistro

Calculo Web Solicitação de Coberto Consultas Financeiro Sinistro Integração e Serviços Conta Corrente Relacionamento

**Aviso de Sinistro: No. 599670** **11**

**Contato (pessoa que iremos manter contato)**  
Quem está comunicando o aviso: COMFETOR  
Vínculo com o Segurado: OUTROS  
Nome: TESTE  
Forma Preferida de Contato: E-MAIL  
Receber informações via SMS?: Não  
Autoriza o envio de E-mail?: Sim  
Tel. Comercial:  
Tel. Residencial:  
Tel. Celular:  
Tel. Celular SMS:  
E-mail: TESTE@TESTE.COM.BR  
CEP: 04273-200  
Logradouro: VERGUEIRO  
Número: 1  
Bairro: VILA PERGAMO PAVO  
Cidade: SAO PAULO  
UF: SP

**Dados do Segurado**  
Nome: TESTE  
CPF: 288.748.148-73  
Data de Nascimento: 01/01/2000  
Profissão: ACIDO ESTRANGEIRO

**Dados da Apólice**  
Estipulante:  
CPF: 00.000.000/0000-00

**Dados da Vítima**  
Vínculo com o Segurado: CÔNJUGE  
Nome: TESTE  
CPF: 398.933.113-17  
Data de Nascimento: 01/01/1980  
Profissão: AGENTE DE TELECOMUNICAÇÕES  
Sexo: Masculino

**Descrição da Ocorrência**  
Tipo: DESPESAS MEDICO HOSPITALARES - DMH  
Causa: XVI PALF COM DEFICIO E ANOMALIAS ORTOSSÓNDICAS  
Data: 01/01/2012  
Descrição da Ocorrência: DEFICIT HDPHOF

**12**

**13**

Imprimir Download Enviar por Email Sair

11) O aviso de sinistro foi concluído. O número de referência para a sua consulta será o **Aviso de Sinistro** e deve ser inserido em todos as cópias dos documentos solicitados.

12) Ao final de todas as etapas do formulário de sinistro, é possível visualizar um resumo das informações preenchidas no aviso.

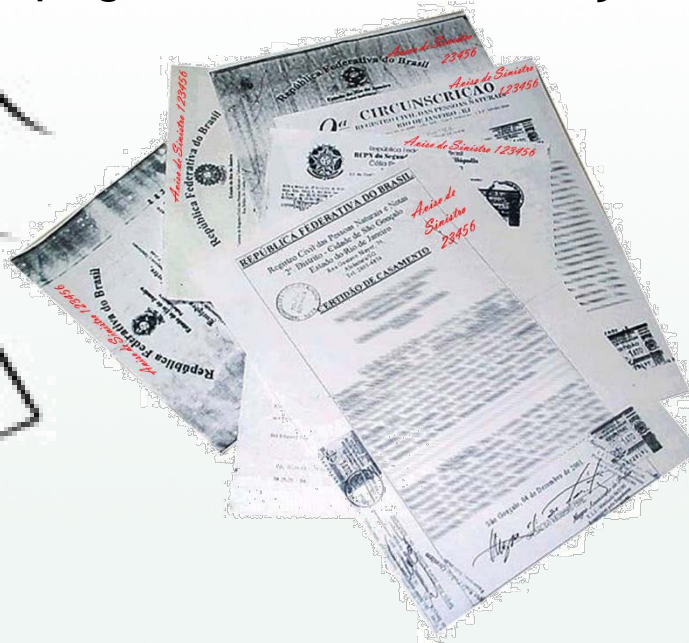
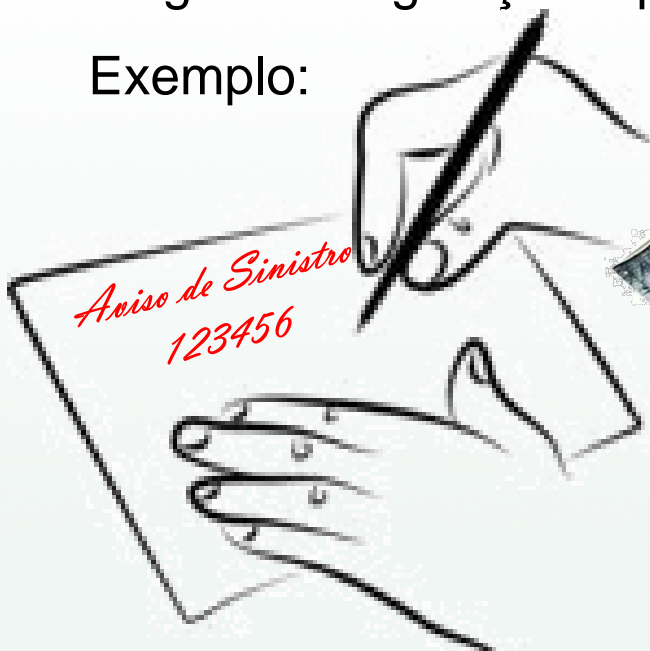
13) Também é possível **Imprimir**, **Salvar** as informações em PDF ou **Encaminhá-las por e-mail**.

# Aviso de Sinistro

## IMPORTANTE:

É primordial que o segurado/beneficiário ou a pessoa de contato responsável pela abertura do aviso e que irá intermediar o envio das documentações escreva em todos os documentos o número do aviso de sinistro atribuído. Esse procedimento facilita a associação do processo e agiliza a regulação e pagamento da indenização.

Exemplo:



# Consulta de Sinistro

---

No módulo de Consulta de Sinistro, é possível visualizar de maneira clara e objetiva o status do processo de sinistro.

É possível também encaminhar mensagens ao analista responsável pelo processo. Veja a seguir.



# Consulta de Sinistro

The image shows a screenshot of the Tokio Marine Seguradora website. At the top, there is a navigation bar with the company name 'TOKIO MARINE SEGURADORA' and the tagline 'NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA'. The main navigation menu includes 'PARA VOCÊ', 'PARA SUA EMPRESA', 'A TOKIO', 'PARCEIROS', 'AFINIDADES', and 'AUTOATENDIMENTO'. A red arrow points to the search bar labeled 'Busca no site'. On the right side, there is a 'ÁREA DO CLIENTE' sidebar with a close button. Under the 'Sinistro' section, the option 'Acompanhar sinistro' is highlighted with a yellow dashed box and a red badge with the number '14'. Other options in the sidebar include 'Agendar vistoria', 'Envio de documentos de sinistro', 'Aviso Auto', 'Aviso Auto Terceiro', 'Aviso Residencial', 'Aviso Responsabilidade Civil', 'Aviso Empresarial', 'Aviso Condominio', 'Aviso Agronegócio', and 'Aviso Vida'. At the bottom of the page, there is a footer with icons for 'UMA PROPOSTA', 'ATENDIMENTO', 'SINISTRO', and 'ÁREA DO CLIENTE'. The main content area features a large image of a smiling woman with glasses looking at a tablet, with text on the left: 'TELEFONE, INTERNET E APLICATIVO. Apre com você.'

14) Clique em **Sinistro** e em seguida **Acompanhar Sinistro** para acessar a ferramenta.



# Consulta de Sinistro

↑ Sinistro

## Consulta de Sinistros

Busca Avançada ↓

Sinistros

Nº Aviso	Nome do Segurado	Cód. Cliente	Natureza	RAMO	Data Aviso	Data Evento
599618		6884909			28/11/2012 - 00:00	14/11/2012 - 00:00

Mostrando de 1 até 1 de 1 registros

Mostrar 10 registros

Buscar:

Primeiro Anterior 1 Seguinte Último

← Voltar

15) Ao selecionar a opção de Consulta, irá aparecer todos os avisos de sinistros da corretora, onde poderá ser realizada a consulta dos sinistros de Pessoas.

↑ Sinistro

## Consulta de Sinistros

Busca Avançada ↑

Para encontrar o processo de sinistro desejado, utilize um ou mais dados do formulário abaixo para filtro

Tipo de Aviso	<input type="radio"/> Auto <input type="radio"/> Ramos Elementares <input type="radio"/> Terceiros <input checked="" type="radio"/> Vida
Número do Aviso:	<input type="text"/>

16) Poderá ainda ser feita uma Busca Avançada (pesquisa com os dados do sinistro ou cliente).

# Consulta de Sinistro

## Consulta de Sinistros

### Acompanhamento de Sinistro

RAMO: PRESTAMISTAS

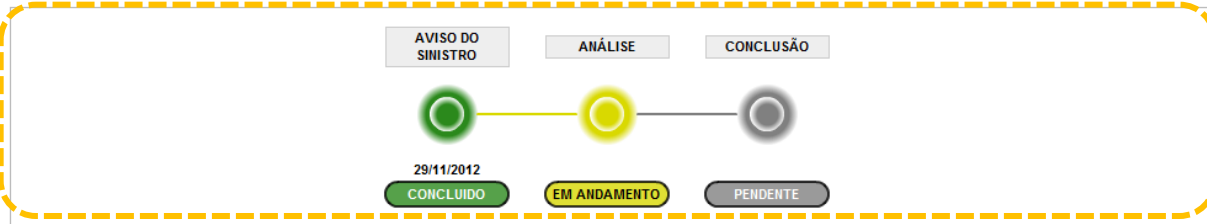
SINISTRO: A 10 77 12742 - [Ver Detalhes](#)

[Complementar informações no aviso](#)

Aviso: 599618    Data:    Tipo:    Apólice: 770140    Endosso: 284    Vigência: 01/09/2011 - 01/08/2016

Segurado:    CPF/CNPJ:    Data de Nascimento: 01/01/2000    Celular:

Vítima: LUZIA DE MARIA    CPF/CNPJ: 1000700    Data de Nascimento: 13/12/1952    E-mail:    Celular: (45)-121231231



17

Histórico Sinistro

Data	Evento
29/11/2012 15:23:37	Preenchimento do Aviso nº 599618 concluído com sucesso em 29/11/2012 15:11.

18

Se desejar, [clique aqui](#) e deixe seu comentário/observação ao analista do processo de sinistro

19

17) O sistema permitirá a visualização do histórico do sinistro através das seguintes sinalizações:

- Indica que a etapa já foi concluída.
- Indica que a etapa está em andamento.
- Etapa a iniciar.

18) Pelo bloco **Histórico Sinistro**, visualizamos as informações resumidas de cada etapa.

19) Ao selecionar a opção em vermelho (que está no rodapé da página), o corretor poderá se comunicar com o analista de sinistro.

# Consulta de Sinistro

↑ [Calculo Web](#) [Solicitação de Cotação](#) [Consultas](#) [Financeiro](#) [Sinistro](#) [Integração e Serviços](#) [Conta Corrente](#) [Relacionamento](#)

## Consulta de Sinistros

### Fale com o Analista

**Preenchimento Obrigatório (\*)**

\*e-mail:  **20**

\*Assunto:  **21**

\*Texto:  **22**  
Caracteres: 1300

[« Voltar](#)

20) Preencha o e-mail de contato.

21) Selecione o assunto relacionado a sua solicitação.

22) Digite sua dúvida, informação ou solicitação desejada.

Ao finalizar clique no botão:



# TOKIO MARINE SEGURADORA

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

[www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br)

# RELAÇÃO DE DOCUMENTOS PARA REGULAÇÃO DE SINISTRO

## PROTEÇÃO FINANCEIRA

### **Documentos Necessários**

Junto com o Formulário de Aviso de Sinistro - Vida totalmente preenchido e assinado pelo beneficiário ou reclamante, e o Relatório Médico preenchido e assinado com firma reconhecida pelo médico assistente, **encaminhe a documentação relacionada a seguir:**

### **Documentação para regulação de Sinistros.**

#### Para todas as Coberturas:

- a) Aviso de Sinistro totalmente preenchido e assinado pelo Estipulante e Beneficiários;
- b) Dados bancários (Banco, Agência e Conta Corrente) em nome do beneficiário, sendo este o 1º titular da conta.

#### Para a Cobertura de Morte – Básica:

##### I) Cópia Simples

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Seguro em que ocorreu o evento
- c) Exame(s) de diagnóstico da Doença que causou o Óbito, se houver.

##### II) Cópia Autenticada

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de Convívio Marital informando o período de Convivência;
- c) Laudo de Exame Cadavérico (IML), em caso de morte decorrente de causa indeterminada ou não constar o motivo na Certidão de Óbito.

##### III) Documento Original

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença, com data de diagnóstico, exames e tratamentos realizados.

**Obs: Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se pro qualquer motivo não prevalecer a que foi feita, serão necessários documentos que comprovem a condição de beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.**

#### Para a Cobertura de Morte Acidental:

- I) Cópia Simples



- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado e do beneficiário;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo segurado e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Certidão de Óbito;
- b) Certidão de Nascimento e/ou Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito, ou Declaração de convívio marital informando o período de convivência;
- c) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- d) Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- e) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame Cadavérico (IML);
- f) Comunicação de Acidente de Trabalho - CAT, quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- g) Laudo Pericial do local do acidente, se houver;
- h) Termo de reconhecimento do cadáver - nos casos em que houver a necessidade de reconhecimento da vítima.

**Para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente:**

**I) Cópia Simples**

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o Segurado foi o condutor na ocasião do acidente;
- d) Exames realizados pelo Segurado que comprove o diagnóstico.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência Policial ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);
- d) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Coprpo Delito (IML).

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da lesão e o grau definitivo de invalidez.

**Para a Cobertura de Incapacidade Física Total Temporária por Acidente ou Doença**

**I) Cópia Simples**

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;

- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.
- c) Exames médicos comprobatórios da lesão / doença.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Documentos comprobatórios da condição de autônomo e/ou profissional liberal – cópia da última Declaração de Imposto de Renda ou cópia do registro de autônomo no INSS (NIT) + carnê GFIP (últimos 6 recolhimentos anteriores a data do sinistro).

**III) Documento Original**

- a) Relatório médico, atestando a causa e comprovando o grau e o período da incapacidade.

**Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:**

**I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

**II) Cópia Autenticada:**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo de Exame de Corpo Delito (IML);

Para a Cobertura de Perda de Renda por Desemprego:

**I) Cópia Simples**

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Carteira Profissional envio mensal da cópia autenticada das seguintes páginas: Qualificação civil, fotografia, contrato de trabalho, página anterior e posterior ao contrato de trabalho;
- b) Termo de Rescisão Contratual com a devida homologação.

**III) Documento Original**

- a) Carta do Empregador atestando o motivo da rescisão.

16.3.7. Para a Cobertura de Renda por Internação Hospitalar:

**I) Cópia Simples**

- a) Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;
- b) Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;
- c) Prontuário Médico completo;
- d) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o

- condutor na ocasião do acidente:
- e) Exames complementares comprovando os diagnósticos.

**II) Documento Original**

- a) Declaração em papel timbrado e carimbado pelo estabelecimento hospitalar, que comprovem os dias de Internação Hospitalar do Segurado;
- b) Relatório do Médico Assistente, relatando os motivos que justifiquem a internação do Segurado e que constem o aviso de alta médica.

**Em caso de acidente, além dos documentos relacionados acima encaminhar:**

**I) Cópia Simples**

- a) Carteira Nacional de Habilitação em caso de acidente com o veículo e se o segurado foi o condutor na ocasião do acidente.

**II) Cópia Autenticada**

- a) Boletim de Ocorrência ou Certidão da Ocorrência Policial;
- b) Comunicação de Acidente do Trabalho (C.A.T.), quando o fato ocorrer dentro da empresa ou a trabalho da mesma;
- c) Laudo de teor alcoólico e toxicológico, caso tenha sido realizado e seu resultado não conste do Laudo;
- d) Exame de Corpo Delito (IML);
- e) Laudo do Exame de Corpo de Delito (IML).

**Obs.:** *Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita serão necessários documentos complementares equivalentes aos beneficiários/herdeiros de acordo com cada situação.*

Tokio Marine Seguradora S.A.  
Rua Sampaio Viana, 44 – 04004-902 – São Paulo – SP  
Serviço de Atendimento ao Cliente:  
Capitais/Regiões Metropolitanas; 4004-2227  
Demais Localidades: 0800 702 2227  
Disque Denúncia: 0800 707 6060  
Ouvidoria: Caixa Postal 45413 – 04010-970 – São Paulo – SP  
E-mail: [ouvidoria@tokiomarine.com.br](mailto:ouvidoria@tokiomarine.com.br)  
[www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br)

**AVISO DE SINISTROS (DADOS DO EVENTO/BENEFICIÁRIOS)**
**“Código Interno 010”**
**1. Dados da Cobertura**

<b>1.1 Tipo de Sinistro</b>				
<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Invalidez por Acidente	<input type="checkbox"/> Invalidez por Doença	<input type="checkbox"/> DMH / DIH / DIT

Além deste formulário, deve ser preenchido também o Relatório Médico de acordo com a cobertura reclamada. Exceto Morte Acidental

**2. Dados Cadastrais do Segurado (Preenchimento Obrigatório)**

<b>2.1 Nome do Segurado (Principal)</b>		<b>2.2 CPF</b>	<b>2.3 Data de Nascimento</b> / /		
<b>2.4 Endereço Residencial</b>			<b>2.5 Nº</b>	<b>2.6 Complemento</b>	
<b>2.7 Bairro</b>	<b>2.8 CEP</b>	<b>2.9 Cidade</b>		<b>2.10 UF</b>	<b>2.11 DDD</b>
<b>2.12 Telefone</b>					

**3. Dados da Empresa – Local de Trabalho do Segurado (Preenchimento Obrigatório pela Empresa)**

<b>3.1 Nome da Empresa</b>				<b>3.2 CNPJ / CGC</b>	
<b>3.3 Endereço Completo para Correspondência</b>				<b>3.4 DDD</b>	<b>3.5 Fone p/Contato</b>
<b>3.6 Nome do Funcionário</b>		<b>3.7 CPF</b>	<b>3.8 Data de Nascimento</b> / /		<b>3.9 Estado Civil</b>
<b>3.10 Data de Admissão</b> / /	<b>3.11 Último Dia de Trabalho</b> / /	<b>3.12 Data Demissão</b> / /	<b>3.13 Profissão</b>		<b>3.14 Salário R\$</b>
<b>3.15 Situação do Segurado Data Sinistro</b>		<b>3.16 Aposentadoria</b>		<b>3.16.3 Data 1º Exame Médico</b> / /	
<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Afastado	<input type="checkbox"/> Outros	<b>3.16.1 Data do Requerimento</b> / /	<b>3.16.2 Data da Concessão</b> / /

**4. Dados do Sinistrado (Preenchimento Obrigatório)**

<b>4.1 Nome (quando não for o Segurado principal)</b>			<b>4.2 CPF</b>		
<b>4.3 Grau de Parentesco com o Segurado</b>	<b>4.4 Data de Nascimento</b> / /	<b>4.5 Estado Civil</b>		<b>4.6 Profissão</b>	
<b>4.7 Data do Evento</b> / /	<b>4.8 Hora do Evento</b> hs	<b>4.9 Local do Evento</b>		<b>4.10 Em Serviço</b> <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
<b>4.11 Descreva detalhadamente o evento ocorrido, suas causas e conseqüências</b>					

**5. Dados do Beneficiário (preenchimento obrigatório – Havendo Outros, preencher no verso)**

Autorizo a Tokio Marine Seguradora a creditar na(s) conta(s) corrente(s) discriminada(s), desde que a cobertura tenha sido contratada e o evento caracterizado.

<b>5.1.1 Nome</b>		<b>5.1.2 CPF</b>		<b>5.1.3 RG</b>	
<b>5.1.4 Grau Parentesco c/o Segurado</b>	<b>5.1.5 DDD</b>	<b>5.1.6 Telefone</b>	<b>5.1.7 DDD</b>	<b>5.1.8 Telefone p/ Recados</b>	<b>5.1.9 E-mail</b>
<b>5.1.10 Endereço Residencial</b>			<b>5.1.11 Nº</b>	<b>5.1.12 Complemento</b>	
<b>5.1.13 Bairro</b>		<b>5.1.14 Cidade</b>			<b>5.1.15 UF</b>
<b>5.1.16 - CEP</b>					
<b>5.1.17 Nome Banco</b>	<b>5.1.18 Nº Banco</b>	<b>5.1.19 Nome Agência</b>	<b>5.1.20 Nº Agência</b>	<b>5.1.21 Dígito</b>	<b>5.1.22 Nº C. Corrente</b>
<b>5.1.23 Dígito</b>					

5.2.1 Nome				5.2.2 CPF		5.2.3 RG	
5.2.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.2.5 DDD	5.2.6 Telefone	5.2.7 DDD	5.2.8 Telefone p/ Recados		5.2.9 E-mail
5.2.10 Endereço Residencial					5.2.11 N°	5.2.12 Complemento	
5.2.13 Bairro			5.2.14 Cidade			5.2.15 UF	5.2.16 CEP
5.2.17 Nome Banco	5.2.18 N° Banco	5.2.19 Nome Agência	5.2.20 N° Agência	5.2.21 Dígito	5.2.22 N° C. Corrente	5.2.23 Dígito	
5.3.1 Nome				5.3.2 CPF		5.3.3 RG	
5.3.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.3.5 DDD	5.3.6 Telefone	5.3.7 DDD	5.3.8 Telefone p/ Recados		5.3.9 E-mail
5.3.10 Endereço Residencial					5.3.11 N°	5.3.12 Complemento	
5.3.13 Bairro			5.3.14 Cidade			5.3.15 UF	5.3.16 CEP
5.3.17 Nome Banco	5.3.18 N° Banco	5.3.19 Nome Agência	5.3.20 N° Agência	5.3.21 Dígito	5.3.22 N° C. Corrente	5.3.23 Dígito	
5.4.1 Nome				5.4.2 CPF		5.4.3 RG	
5.4.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.4.5 DDD	5.4.6 Telefone	5.4.7 DDD	5.4.8 Telefone p/ Recados		5.4.9 E-mail
5.4.10 Endereço Residencial					5.4.11 N°	5.4.12 Complemento	
5.4.13 Bairro			5.4.14 Cidade			5.4.15 UF	5.4.16 CEP
5.4.17 Nome Banco	5.4.18 N° Banco	5.4.19 Nome Agência	5.4.20 N° Agência	5.4.21 Dígito	5.4.22 N° C. Corrente	5.4.23 Dígito	

**Estou ciente que:**

- as informações prestadas acima são de minha total responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente 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.
- havendo outros beneficiários, o crédito autorizado corresponderá somente à minha participação no recebimento.
- a Tokio Marine Seguradora não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro em dados informados pelo emitente.

**Observações:**

A conta corrente informada acima deve obrigatoriamente pertencer ao beneficiário do crédito.  
 Afirmando 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 CI/RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor/UF \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na (Rua/Av.) \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ do segurado, Sr.(a) \_\_\_\_\_ (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 médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e atendimentos, 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 a \_\_\_\_\_, (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.

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

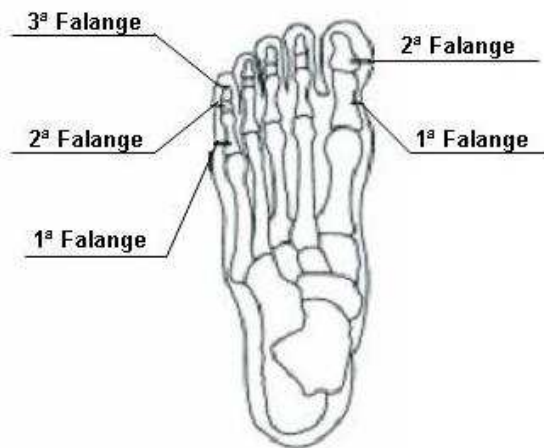
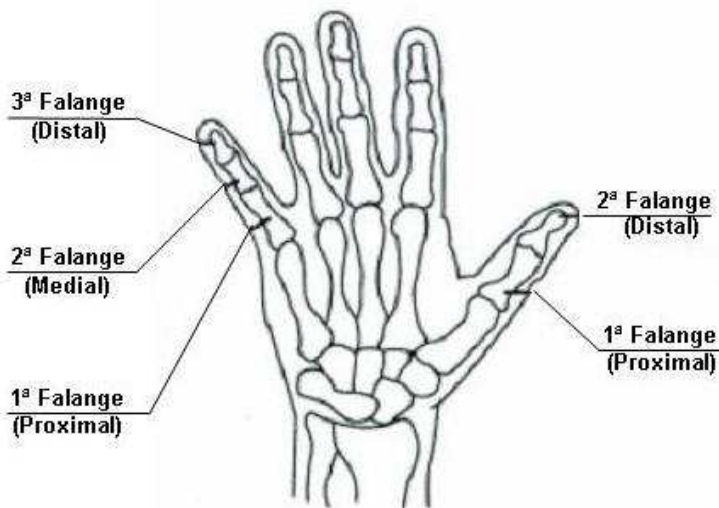
\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

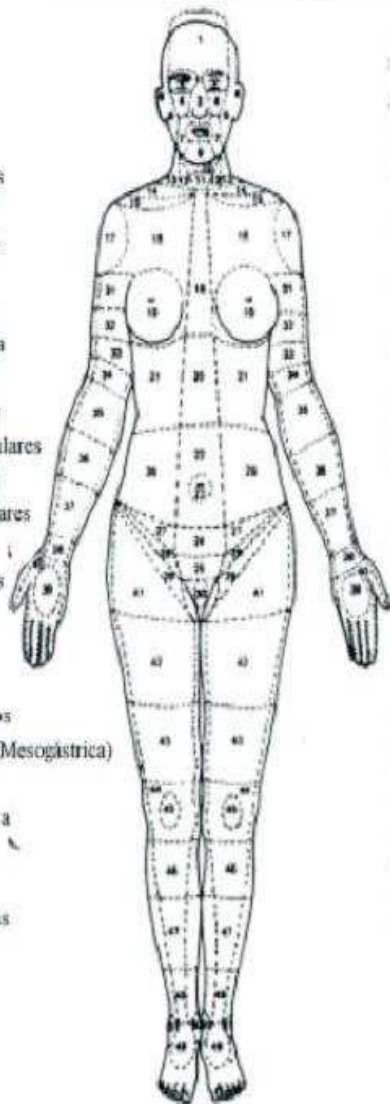
**Obs.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório "obrigatoriamente"**



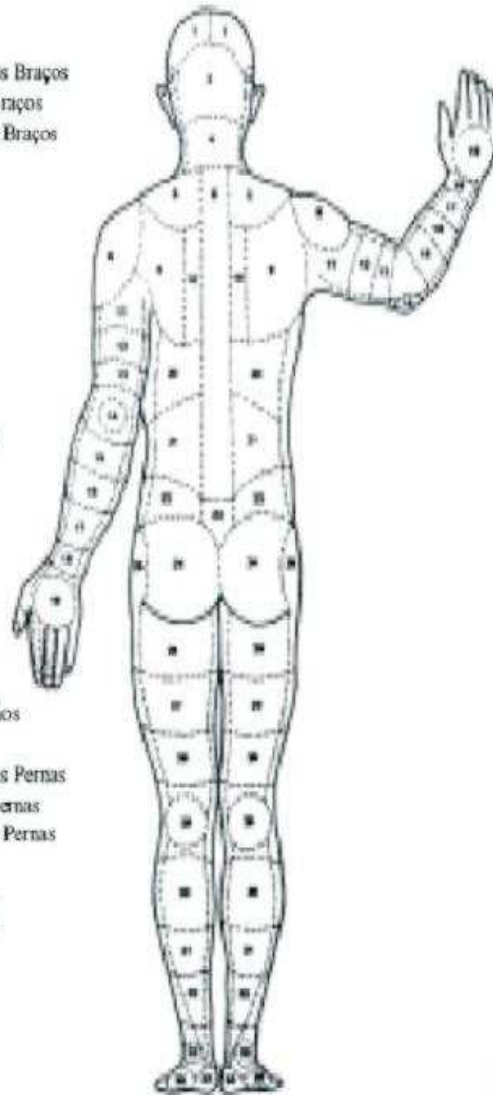




- 1□ Frontal
- 2□ Orbitárias
- 3□ Nasal
- 4□ Malares
- 5□ Masseterinas
- 6□ Auriculares
- 7□ Bucinadoras
- 8□ Labial
- 9□ Mentoniana
- 10□ Suprahi oideia
- 11□ Infrahi oideia
- 12□ Carotidianas
- 13□ Supraclaviculares
- 14□ Claviculares
- 15□ Infraclaviculares
- 16□ Esternal
- 17□ Deltoidianas
- 18□ Torácicas
- 19□ Mamárias
- 20□ Epigástrica
- 21□ Hipocôndrios
- 22□ Abdominal (Mesogástrica)
- 23□ Umbelical
- 24□ Hipogástrica
- 25□ Pubiana
- 26□ Flancos
- 27□ Fossas Ilíacas
- 28□ Iguinais
- 29□ Cnrais



- 30□ Genital
- 31□ Terços Superiores dos Braços
- 32□ Terços Médios dos Braços
- 33□ Terços Inferiores dos Braços
- 34 Dobras Anteriores dos Cotovelos
- 35□ Terços Superiores dos Antebraços
- 36□ Terços Médios dos Antebraços
- 37□ Terços Inferiores dos Antebraços
- 38 Punhos
- 39□ Côncavos das Mãos
- 40□ Faces Palmares das Mãos
- 41□ Terços Superiores das Coxas
- 42□ Terços Médios das Coxas
- 43□ Terços Inferiores das Coxas
- 44□ Anteriores dos Joelhos
- 45□ Rotulianas
- 46 Terços Superiores das Pernas
- 47 Terços Médios das Pernas
- 48□ Terços Inferiores das Pernas
- 49□ Dorsais dos Pés
- 50□ Maleolares Internas
- 51□ Maleolares Externas



- 1□ Parietais
- 2□ Occipital
- 3□ Temporais
- 4□ Nuca
- 5□ Supra-Escapulares
- 6□ Coluna Vertebral
- 7□ Auriculares
- 8□ Deltoidianas
- 9□ Escapulares
- 10□ Goteiras Costovertebrais
- 11□ Terço Superior do Braço
- 12□ Terço Médio do Braço
- 13□ Terço Inferior do Braço
- 14□ Cotovelos
- 15□ Terço Superior do Antebraço
- 16□ Terço Médio do Antebraço
- 17□ Terço Inferior do Antebraço
- 18□ Punhos
- 19□ Dorso das Mãos
- 20□ Infra-Escapulares
- 21□ Lombares
- 22□ Ilíacas
- 23□ Sacra
- 24□ Glúteas
- 25□ Quadris
- 26□ Terço Superior da Coxa
- 27□ Terço Médio da Coxa
- 28□ Terço Inferior da Coxa
- 29□ Politéas
- 30□ Terço Superior da Perna
- 31□ Terço Médio da Perna
- 32□ Terço Inferior da Perna
- 33□ Maleolar Externa
- 34□ Calcâneos
- 35□ Dorso dos Pés

**2. Identificação Médica**

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.  
A assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico		2.2 Nº do CRM		<b>2.12 Reconhecer Firma</b>
2.3 Complemento		2.4 DDD	2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade	2.8 CEP	2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo			2.11 Data	
			____/____/____	

**RELATÓRIO MÉDICO – MORTE NATURAL**  
(para ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado, de forma legível)

**“Código Interno 010”**

**1. Identificação**

1.1 Nome Completo do Falecido	1.2 Idade	1.3 Peso	1.4 Altura	1.5 Pressão Arterial
-------------------------------	-----------	----------	------------	----------------------

1.6 Causa da Morte pela Ordem	1.6.2 2ª Secundária
1.6.1 1ª Primária	

1.7 Data do Falecimento	1.8 Hora do Falecimento	1.9 Local do Falecimento
-------------------------	-------------------------	--------------------------

1.10 Diagnóstico detalhado da Doença e Código do CID

---



---

1.11 Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o Segurado?

---



---

1.12 Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas

---



---

1.13 O Segurado tinha conhecimento da doença que o levou a óbito?	1.14 Desde quando?
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	___/___/___

1.15 Há quanto tempo trata do Segurado?

1.15.1 Data da 1ª consulta	1.15.2 Data da Última Consulta	1.15.3 Data do Início da Doença
___/___/___	___/___/___	___/___/___

1.16 Qual a duração da doença segundo seu conhecimento pessoal?	1.17 Qual a duração da doença segundo informações obtidas?
---	--

1.18 Houve Intervenção hospitalar? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	1.18.2 Período
1.18.1 Nome do Hospital	De ___/___/___ a ___/___/___

1.19 O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos?  NÃO     SIM

1.19.1 Nome	1.19.2 Endereço	1.19.3 DDD	1.19.4 Telefone
1.			
2.			
3.			

1.20 Encontrou no paciente qualquer deficiência física ou doença preexistente? Especifique

---



---

1.21 O Segurado se encontrava sob tratamento clínico? Especifique:

---



---

1.22 O Segurado estava em gozo de benefício de Auxílio-Doença pelo INSS? Especifique:

---



---

1.23 Outras informações complementares:

---



---



---

**2. Identificação Médica**

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento.  
A Assinatura deve ter firma reconhecida obrigatoriamente.

2.1 Nome legível do Médico	2.2 Nº do CRM	2.12 Reconhecer Firma
2.3 Complemento	2.4 DDD    2.5 Telefone	
2.6 Bairro	2.7 Cidade    2.8 CEP    2.9 UF	
2.10 Assinatura e Carimbo	2.11 Data	
	___/___/___	



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

Código Interno "010"

Tokio Marine Seguradora S.A.  
Rua Sampaio Viana, nº 44 – Paraíso  
Cep: 04004-902 - São Paulo / SP  
Serviço de atendimento do Cliente:  
Capital/Regiões Metropolitanas: 0300 33 86546  
Demais Localidades: 0800 702 8181  
Disque Denúncia:  
Ouvidoria: Caixa Postal 45413  
E-mail: ouvidoria@tokiomarine.com.br  
www.tokiomarine.com.br

**AVISO DE SINISTRO – PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO**

<i>Nome do Estipulante:</i>	<i>CNPJ</i>
-----------------------------	-------------

**Dados do Segurado**

<i>Nome do Segurado</i>				<i>CPF</i>	
<i>Data de Nascimento</i>	<i>Estado Civil</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profissão</i>		
<i>Endereço Residencial</i>					<i>Nº</i>
<i>Complemento</i>	<i>Bairro</i>	<i>Cidade</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>DDD – Telefone</i>

**Dados Bancários (para pagamento de indenização por Crédito em Conta Corrente ou Recibo)**

<input type="checkbox"/> <i>Crédito em Conta Corrente</i>	<i>Nº Banco</i>	<i>Nº Agência:</i>	<i>Nº C/C:</i>
<input type="checkbox"/> <i>Recibo na Agência do Santander</i>	<i>Nº Agência</i>		

**Descrição do evento**


**Declaração do reclamante:**

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima.

<i>Local</i>	<i>Data</i>	<i>Assinatura do segurado</i>

**CORREIOS****INSTRUMENTO DE HABILITAÇÃO DE POSTAGEM****DESTINATÁRIO**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL. 1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL. 2: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**REMETENTE**

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ TEL. 1: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ TEL. 2: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

CONTRATO / DR: \_\_\_\_\_

CÓDIGO ADMINISTRATIVO: \_\_\_\_\_

CARTÃO DE POSTAGEM: \_\_\_\_\_

1ª PARTE AFIXAR NA ENCOMENDA

**COMPROVANTE - INSTRUMENTO DE HABILITAÇÃO DE POSTAGEM**

SERVIÇO REVERSO

CÓDIGO DO SERVIÇO REVERSO

Carimbo

Nº DO REGISTRO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**BR**

CNPJ: \_\_\_\_\_

CONTRATO / DR: \_\_\_\_\_

CÓDIGO ADMINISTRATIVO: \_\_\_\_\_

CARTÃO DE POSTAGEM: \_\_\_\_\_

Agência de Postagem

**INSTRUÇÕES À AGÊNCIA DE POSTAGEM**

- O portador deste documento está habilitado a realizar uma única postagem para o endereço indicado acima.
- Está autorizado a adquirir Produtos e Serviços Opcionais:  **SIM**  **NÃO**  
 Se **SIM**, assinalar quais:  
 Aviso de Recebimento - AR  Valor Declarado - VD  Mão Própria MP  
 Embalagem - Tipo: \_\_\_\_\_
- Este documento é válido para postagem em Agência Própria até: \_\_\_\_\_
- No ato da postagem a Agência recolherá a 2ª parte deste documento e manterá em arquivo juntamente com a primeira via do CP/LP.