



**TOKIO MARINE  
SEGURADORA**

NOSSA TRANSPARÊNCIA, SUA CONFIANÇA

# **Portal de Sinistros**

## **Abertura de Aviso de Sinistro**

# Aviso de Sinistro



The screenshot shows the top navigation bar of the Tokio Marine Seguradora website. It features a green background with three main buttons: 'ACESSO PORTAIS' with a dropdown arrow, 'ÁREA DO CLIENTE' (highlighted with a yellow border and a yellow arrow pointing up from below), and 'ÁREA DO CORRETOR'. To the left is the company logo and name. Below the navigation bar, the text 'SEGUROS DE AFINIDADES' is visible on the left, and a breadcrumb trail 'Home &gt; Seguros de Afinidades' is on the right. A search icon is also present on the right side of the navigation bar.



O acesso será feito dentro do Portal da Tokio Marine ([www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br)):

1) Clique em “Area do Cliente” para abrir opções



# Aviso de Sinistro



## Área do Cliente

Aqui você agiliza o seu atendimento para fazer alterações cadastrais e mudar as formas de pagamento. Pode extrair 2ª Via de Boletos, resolver a batida do seu carro e muito mais. No menu do lado conta também com os nossos Canais de Atendimento Digitais.

É O PRIMEIRO ACESSO? [CLIQUE AQUI](#)

Já tem acesso? Se sim, preencha abaixo.

CPF / CNPJ

Senha

Esqueceu sua senha?

ENTRAR



Continuar com o Facebook

**SOS Colisão**  
Bateu seu veículo? Resolva agora com nossa especialista em poucos minutos.

## Resolva Aqui

Resolva tudo em um clique tenha mais facilidade para acessar nossos serviços, clique abaixo:

- Registrar Sinistro
- Acompanhar Sinistros
- Enviar Docs. Sinistros
- 2ª Via Pagamentos
- Assistência Vidros
- Assistência Auto

**SOS Colisão**  
Bateu seu veículo? Resolva agora com nossa especialista em poucos minutos.

OLÁ, QUAL SERIA O TIPO DE SINISTRO QUE DESEJA REGISTRAR?  
Selecione uma opção abaixo:

- ALUGUEL
- VIDA
- ACIDENTES PESSOAIS ESTAGIÁRIO E INDIVIDUAIS

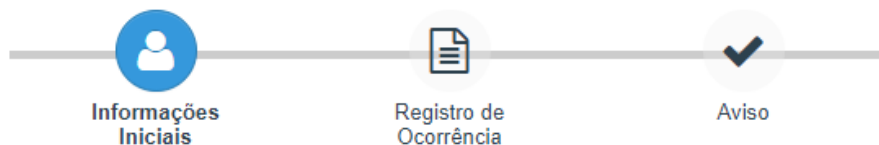
Conheça nossas redes sociais: [f](#) [y](#) [in](#)

Resolva tudo também pelo aplicativo:  
[Baixar no App Store](#) [Disponível no Google Play](#)

2) Clique em Registrar Sinistro e depois selecione vida para iniciar o preenchimento do formulário

# Aviso de Sinistro

## Aviso - Vida



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

## Aviso - Vida

Informações Iniciais      Registro de Ocorrência      Aviso

**6** Nome, CPF, Data de Nascimento

**7** Dados da Apólice: Estipulante, CNPJ

**8** Dados da Vítima: Vínculo com o Segurado, Nome, CPF, Data de Nascimento, Profissão, Sexo

**9** Descrição da Ocorrência: Tipo, Causa, Data, Hora, Descrição da Ocorrência

**10** < VOLTAR      > FINALIZAR

- 5) Preencha os dados do segurado.
- 6) **6**
- 7) Caso possua alguma informação sobre o estipulante da apólice informe a nome e o CNPJ (exemplo: "Leader")
- 8) **8**
- 8) Em seguida, informe os dados da vítima.
- 9) **9**
- 9) Informe alguns detalhes sobre a ocorrência, como o que aconteceu, qual a causa, a data, horário aproximado e descreva o que aconteceu.
- 10) **10**
- 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**

**12**

**13**

**Contato (pessoa que iremos manter contato)**  
Quem está comunicando o aviso?: COMITADOR  
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 FLORESTA  
Cidade: SÃO 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: CÓNJUGE  
Nome: TESTE  
CPF: 288.800.100-07  
Data de Nascimento: 01/01/1980  
Profissão: AGENTE DE TELECOMUNICAÇÕES  
Sexo: Masculino

**Descrição da Ocorrência**  
Tipo: DESPESAS MEDICO HOSPITALARES - DMH  
Causa: XVI PLAF COMS DEPRIMO E ANOMALIAS ORTOSSÓNDICAS  
Data: 01/01/2012  
Descrição da Ocorrência: DEPRIMOPHOF

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



TOKIO MARINE  
SEGURADORA

## Área do Cliente

Aqui você agiliza o seu atendimento para fazer alterações cadastrais e mudar as formas de pagamento. Pode extrair 2ª Via de Boletos, resolver a batida do seu carro e muito mais. No menu do lado conta também com os nossos Canais de Atendimento Digitais.

É O PRIMEIRO ACESSO? [CLIQUE AQUI](#)

Já tem acesso? Se sim, preencha abaixo.

CPF / CNPJ

Senha

[Esqueceu sua senha?](#)

ENTRAR

The screenshot shows the app's main interface with a 'SOS Colisão' banner at the top. Below it, a grid of service buttons is visible, with 'Acompanhar Sinistros' highlighted in yellow. A modal window is open in the foreground, titled 'Área do Cliente', and contains a form for selecting a claim type. The modal has a close button (X) in the top right corner. The form asks 'DIÁ, QUAL SEJA O TIPO DE SINISTRO QUE DESEJA ACOMPANHAR?' and provides the option 'OUTROS SINISTROS', which is also highlighted in yellow. Below the form, there is a note: 'Para demais seguros, entre com seu usuário e senha.' The background of the app shows the 'SOS Colisão' banner and the service buttons grid.

14) Clique em **Acompanhar Sinistro** e depois em **Outros Sinistros** para acessar a ferramenta.

# Consulta de Sinistro

## Consulta de Sinistros

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

### Dados do sinistro

Tipo de Aviso:

- Auto Segurado  
 Auto Terceiros  
 Residencial, Condomínio, Empresarial, Equipamentos, Demais Produtos  
 Vida

CPF:

ou CNPJ:

Número do Aviso - Segurado

Contrato/Sub-Contrato/Certificado:



Buscar

Busca Avançada

15) Selecione a opção “Vida”

16) Depois preencher os dados obrigatórios e clicar em “Busca Avançada”

# Consulta de Sinistro

Marca:	Modelo:	Ano Modelo:	Ano Fabricação:	Chassi:	Placa:
HONDA	FIT EX 1.5 FLEX 16V 5P AUT.	2014		93HGE8890EZ106310	FJD-5965
<b>1</b> AVISO DO SINISTRO concluído 18/12/2021	<b>2</b> AGENDAMENTO DE VISTORIA concluído 18/12/2021	<b>3</b> REALIZAÇÃO DE VISTORIA concluído 21/12/2021	<b>4</b> ANÁLISE DE REPAROS concluído 11/01/2022	<b>5</b> PROCESSO FINALIZADO em andamento	

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

## Histórico Sinistro

Data	Histórico
18/01/2022 - 15:42	PAGAMENTO Nro 11181935 APROVADO NO VALOR DE R\$ 4430.69 COM CRÉDITO PROGRAMADO PARA 19/01/2022 - BENEFICIÁRIO: DAITAN COMERCIO DE VEICULOS LTDA. DADOS BANCÁRIOS: Banco ITAU - Agência 251 - 0 - Conta 15966 - 1
18/01/2022 - 11:52	SGD - Vistoria 24903600102 com Faturamento Solicitado para Fornecedor de Peças e NF 471491 em 18/01/2022
17/01/2022 - 18:13	PAGAMENTO Nro 11179400 APROVADO NO VALOR DE R\$ 7971.21 COM CRÉDITO PROGRAMADO PARA 18/01/2022 - BENEFICIÁRIO: DAITAN COMERCIO DE VEICULOS LTDA. DADOS BANCÁRIOS: Banco ITAU - Agência 251 - 0 - Conta 15966 - 1
17/01/2022 - 14:39	SGD - Vistoria 24903600102 com Faturamento Solicitado para Fornecedor de Peças e NF 470497 em 17/01/2022
11/01/2022 - 13:08	PAGAMENTO Nro 11162569 APROVADO NO VALOR DE R\$ 1882.52 COM CRÉDITO PROGRAMADO PARA 12/01/2022 - BENEFICIÁRIO: U.A NAGOYA COM.VEIC.LTDA. DADOS BANCÁRIOS: Banco ITAU - Agência 3008 - 0 - Conta 3043 - 4

Oi, eu sou a Marina!  
Posso te ajudar?



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 imagem da Menina de Óculos (Marina) o corretor poderá tirar as dúvidas ou clicar no link “clique aqui” na parte selecionada em amarelo e falar com Analista

# 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.*





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 Nº	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 Nº Banco	5.2.19 Nome Agência	5.2.20 Nº Agência	5.2.21 Dígito	5.2.22 Nº 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 Nº	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 Nº Banco	5.3.19 Nome Agência	5.3.20 Nº Agência	5.3.21 Dígito	5.3.22 Nº 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 Nº	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 Nº Banco	5.4.19 Nome Agência	5.4.20 Nº Agência	5.4.21 Dígito	5.4.22 Nº 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.

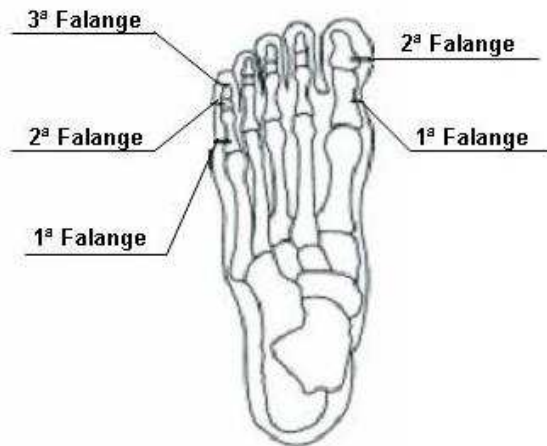
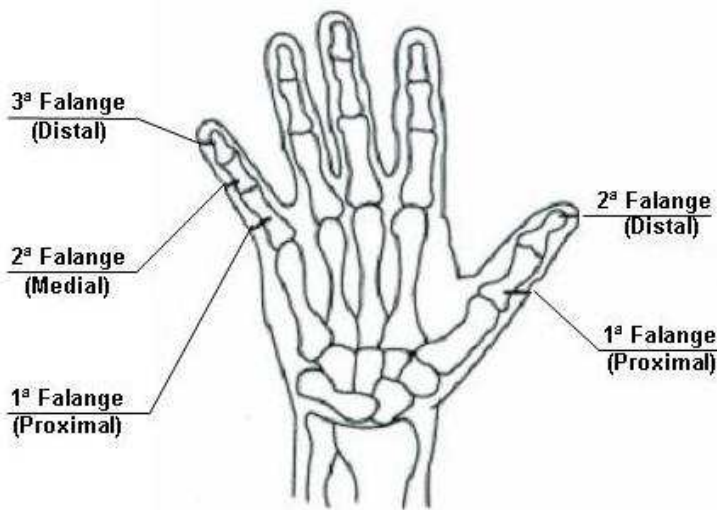
Para que produza seus efeitos assino a presente autorização nesta data.

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

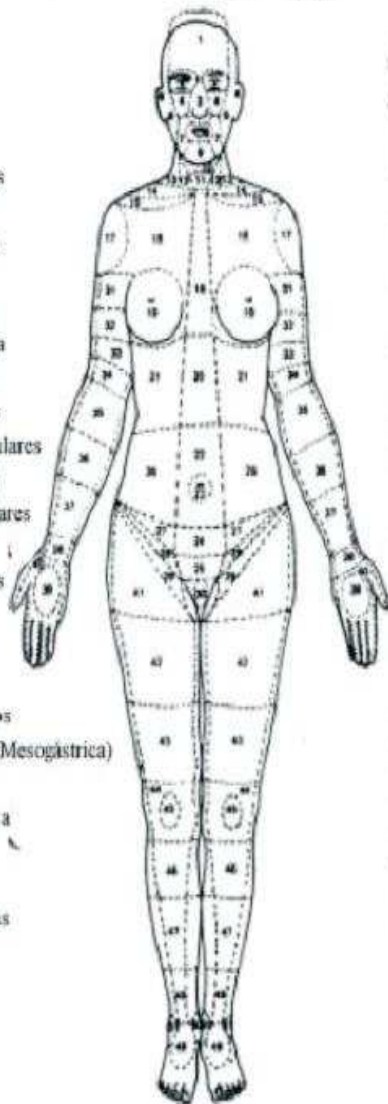
Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

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

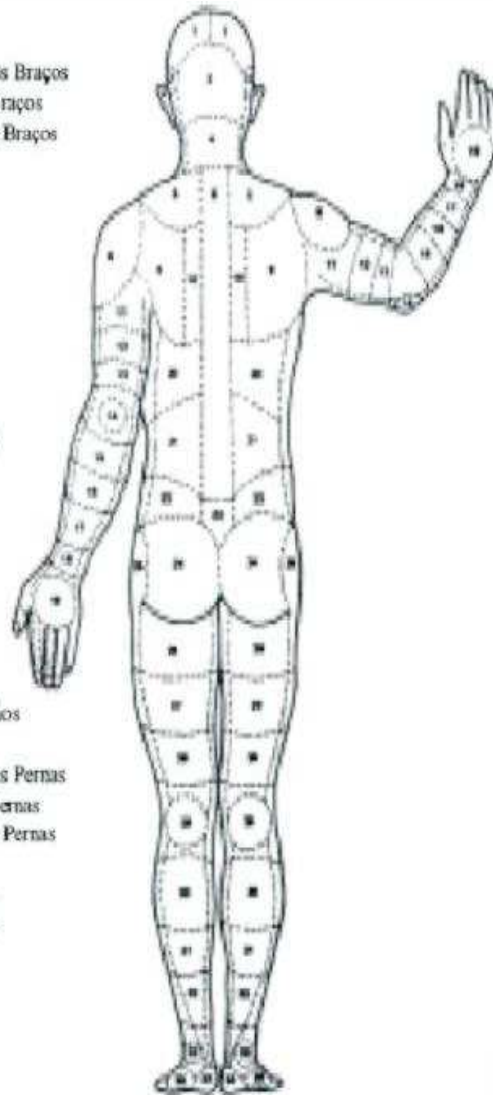




- 1□ Frontal
- 2□ Orbitárias
- 3□ Nasal
- 4□ Malares
- 5□ Masseterinas
- 6□ Auriculares
- 7□ Bucinadoras
- 8□ Labial
- 9□ Mentoniana
- 10□ Suprahi oideia
- 11□ Infrahi oideia
- 12□ Carotidianas
- 13□ Supraclaviculares
- 14□ Claviculares
- 15□ Infraclaviculares
- 16□ Esternal
- 17□ Deltoidianas
- 18□ 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□ Poltetas
- 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		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 ____/____/____	

**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? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	1.14 Desde quando? ____/____/____
--	--------------------------------------

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.