

DATA DA RECLAMAÇÃO		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO DE DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES - DAMS	<input type="checkbox"/> MORTE
DATA DO ACIDENTE	BILHETE Nº	DATA DA EMISSÃO	VIGÊNCIA	
QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE <input type="checkbox"/> VÍTIMA <input type="checkbox"/> PROCURADOR <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> OUTRO (ESPECIFIQUE)				
NOME DO REQUERENTE		CPF	TELEFONE	
ENDEREÇO				
CIDADE			ESTADO	CEP
NOME DA VÍTIMA (CASO A VÍTIMA NÃO SEJA O REQUERENTE)			CPF	
PROFISSÃO DO REQUERENTE		PROFISSÃO DA VÍTIMA (CASO A VÍTIMA NÃO SEJA O REQUERENTE)		
MARCA / TIPO / PLACA / CHASSI DO VEÍCULO IDENTIFICADO				
DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)				
PARA TODAS AS SITUAÇÕES	<input type="checkbox"/> BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL <input type="checkbox"/> DUT DO VEÍCULO, QUANDO A VÍTIMA FOR O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> RG DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> CPF DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO, DEPENDENDO DO ESTADO CIVIL DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> <u>AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO</u> , CONTENDO OS DADOS DO BENEFICIÁRIO (ORIGINAL) <input type="checkbox"/> NO CASO DE ACIDENTE ENVOLVENDO ÔNIBUS OU MICROÔNIBUS (OCORRIDO ATÉ 31/12/2004) OU CARROS OFICIAIS GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO (OCORRIDO EM QUALQUER DATA), BILHETE DPVAT. <input type="checkbox"/> SE NOMEADO PROCURADOR, <u>PROCURAÇÃO</u> ORIGINAL POR INSTRUMENTO PÚBLICO OU POR INSTRUMENTO PARTICULAR, DESDE QUE ESPECÍFICA PARA O RECEBIMENTO DO DPVAT. EM AMBOS OS CASOS DEVERÁ TER ENDEREÇO COMPLETO DO OUTORGADO E DO OUTORGANTE.			
MORTE	<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE ÓBITO <input type="checkbox"/> SE A CAUSA DA MORTE NÃO ESTIVER DESCRITA COM CLAREZA OU NÃO TIVER OCORRIDO DE IMEDIATO, EXAME NECROSCÓPICO DO I.M.L.			
DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTAR – D.A.M.S.	<input type="checkbox"/> BOLETIM DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR OU RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS PELA VÍTIMA E O TRATAMENTO REALIZADO <input type="checkbox"/> COMPROVANTES DE DESPESAS (NOTAS FISCAIS/RECIBOS) COM CARIMBO DE QUITAÇÃO (ORIGINAIS) <input type="checkbox"/> REQUISIÇÕES E RECEITUÁRIOS MÉDICOS (ORIGINAIS) <input type="checkbox"/> RELATÓRIO DE DENTISTA COM INDICAÇÃO DO TRATAMENTO EM FUNÇÃO DO ACIDENTE. DEVERÁ SER COMENTADO SE DENTES ERAM NATURAIS ANTES DO ACIDENTE <input type="checkbox"/> SE AS DESPESAS FORAM PAGAS EM CARÁTER PARTICULAR OU PELO S.U.S, DECLARAÇÃO FORNECIDA PELO HOSPITAL OU CLÍNICA MÉDICA <input type="checkbox"/> SE A VÍTIMA AUTORIZA O PAGAMENTO A TERCEIROS OU À INSTITUIÇÃO QUE PRESTOU ATENDIMENTO OU QUANDO AS DESPESAS ESTÃO EM NOME DE TERCEIROS E SÃO REQUERIDAS PELOS MESMOS, TERMO DE ANUÊNCIA OU <u>TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS</u> , (ORIGINAL)			
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE	<input type="checkbox"/> LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL DA CIRCUNSCRIÇÃO DO ACIDENTE, QUALIFICANDO A EXTENSÃO DAS LESÕES FÍSICAS OU PSÍQUICAS DA VÍTIMA, ATESTANDO O GRAU DE INVALIDEZ E DATA DA ALTA DEFINITIVA OBSERVAR AS INFORMAÇÕES NO VERSO			
BENEFICIÁRIOS	<input type="checkbox"/> COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, COM CEP, DO(S) BENEFICIÁRIO(S) <input type="checkbox"/> RG DO(S) BENEFICIÁRIO(S) <input type="checkbox"/> CPF DO(S) BENEFICIÁRIO(S) <input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CASAMENTO, DEPENDENDO DO ESTADO CIVIL DO BENEFICIÁRIO <input type="checkbox"/> <u>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS</u> , FIRMADA PELO(S) PRÓPRIO(S) BENEFICIÁRIO(S), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA, SE DEIXOU OU NÃO FILHOS OU COMPANHEIRO(A) (ORIGINAL) <input type="checkbox"/> SE O BENEFICIÁRIO FOR O(A) COMPANHEIRO(A), PROVA DE COMPANHERISMO JUNTO AO I.N.S.S OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU CARTEIRA DE TRABALHO (PROVA DE DEPENDENCIA) COM CARIMBO DO I.N.S.S <input type="checkbox"/> NO CASO DE BENEFICIÁRIO MENOR DE IDADE OU NA IMPOSSIBILIDADE DE SE APRESENTAR UM DOS DOCUMENTOS DE PROVA DE COMPANHERISMO, ALVARÁ JUDICIAL (ORIGINAL)			

Companhia de Seguros do Estado de São Paulo

Rua Pamplona, 227 – Bela Vista – Cep 01405-902 – São Paulo – SP – Tel.:(11) 3254-4888

www.cospseguros.com.br CNPJ 62.088.042/0001-83

OBSERVAÇÕES			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ NO CASO DE INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ POR ACIDENTE, SE NÃO EXISTIR I.M.L. NO LOCAL EM QUE OCORREU O ACIDENTE, O DOCUMENTO DA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA, INFORMANDO A INEXISTÊNCIA DO I.M.L. NA LOCALIDADE DO EVENTO, DISPENSA O LAUDO DO I.M.L. ▪ NO CASO DE ALIENAÇÃO MENTAL, DEVERÁ SER NOMEADO UM CURADOR E APRESENTADO TERMO DE CURATELA, ACOMPANHADO DE AUTORIZAÇÃO JUDICIAL PARA QUE O CURADOR RECEBA A INDENIZAÇÃO. ▪ NO CASO DE BENEFICIÁRIO MENOR DE 16 (DEZESSEIS) ANOS, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA AO SEU REPRESENTANTE LEGAL (PAI/MÃE) OU TUTOR, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE ALVARÁ JUDICIAL. ▪ NO CASO DE BENEFICIÁRIO COM IDADE IGUAL OU MAIOR DE 16 (DEZESSEIS) ANOS E MENOR DE 18 (DEZOITO) ANOS, A INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA AO MENOR, DESDE QUE ASSISTIDO POR SEU REPRESENTANTE LEGAL (PAI/MÃE) OU TUTOR, MEDIANTE APRESENTAÇÃO DE ALVARÁ JUDICIAL. 			

BENEFICIÁRIOS (EM CASO DE MORTE OU D.A.M.S)			
NOME		PROFISSÃO	
ENDEREÇO COMPLETO			
R.G.	CPF	TELEFONE	BANCO / AGÊNCIA / Nº DA CONTA

NOME		PROFISSÃO	
ENDEREÇO COMPLETO			
R.G.	CPF	TELEFONE	BANCO / AGÊNCIA / Nº DA CONTA

NOME		PROFISSÃO	
ENDEREÇO COMPLETO			
R.G.	CPF	TELEFONE	BANCO / AGÊNCIA / Nº DA CONTA

NOME		PROFISSÃO	
ENDEREÇO COMPLETO			
R.G.	CPF	TELEFONE	BANCO / AGÊNCIA / Nº DA CONTA

NOME		PROFISSÃO	
ENDEREÇO COMPLETO			
R.G.	CPF	TELEFONE	BANCO / AGÊNCIA / Nº DA CONTA

NOME		PROFISSÃO	
ENDEREÇO COMPLETO			
R.G.	CPF	TELEFONE	BANCO / AGÊNCIA / Nº DA CONTA

DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS E DOCUMENTAÇÃO OFERECIDA, BEM COMO A SER FORNECIDA POR SOLICITAÇÃO DA SEGURADORA, SOLICITO(AMOS) O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE DPVAT.	
LOCAL E DATA	ASSINATURA