



Safra Vida e Previdência S.A.

DOCUMENTOS PARA AVISO DE SINISTRO – PRESTAMISTA FINANCEIRA

Prezado Cliente,

Para fazer o pedido de indenização de sinistro por **MORTE**, providencie toda relacionada e envie juntamente com o formulário de aviso de sinistro abaixo.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

1. Formulário Aviso de Sinistro Preenchido e Assinado; (abaixo)
2. Cópia do CPF, RG ou CNH;
3. Comprovante de Endereço Residencial em nome do segurado;
4. Cópia da Certidão de Óbito;
5. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (para morte decorrente de acidente);
6. Relatório Médico preenchido por médico que acompanhou o tratamento do segurado acompanhado de laudo de exames realizados; (**Formulário Modelo para preenchimento anexo – Páginas 3 e 4**)

Esclarecemos que se houver necessidade, é reservado à seguradora o direito de solicitar documentos complementares.

Procedimento para preenchimento do aviso de sinistro e envio dos documentos:

- Passo 1:** Preencha os formulários de aviso de sinistro e relatório médico de forma completa e legível;
- Passo 2:** Reúna todos os documentos solicitados neste formulário de aviso de sinistro;
- Passo 3:** Digitalize o formulário abaixo totalmente preenchido e assinado e todos os documentos solicitados nos formatos **PDF** ou **JPEG**. Atente-se aos tipos de arquivos aceitos e ao limite de tamanho total dos arquivos de **10 MB**. Para agilizar a análise do sinistro nomeie cada arquivo com o tipo de documento.
- Passo 4:** Envie toda documentação por e-mail para sinistro.vida@safra.com.br (**e-mail exclusivo para recebimento de documentação**). Para correta identificação, o assunto do e-mail deve conter o Nome Completo e CPF do Segurado.

Estamos a disposição para esclarecimento de dúvidas **exclusivamente** através link <https://forms.office.com/r/68wT3hkKx5>

IMPORTANTE: siga as recomendações, lembre-se de conferir se todos os documentos solicitados estão sendo enviados.

Lembramos que a entrega da documentação não implica no reconhecimento do pagamento da indenização, o qual ocorrerá após análise da documentação e conclusão de cobertura do sinistro.

Importante: Os documentos referem-se ao seguro contratado junto à Safra Vida e Previdência S.A.

Atenciosamente,

Departamento de Sinistros.

Safra Vida e Previdência S.A.

Aviso de Sinistro – Seguro Prestamista

Dados Do Segurado

Nome completo

CPF nº

Apólice nº

Não sei informar

Certificado nº

Não sei informar

Pedido de indenização por ocorrência de:

Morte por Qualquer Causa

Invalidez Permanente Total por Acidente

Incapacidade Total e Temporária

Dados da Ocorrência

Data / /	Local	Foi acidente de trabalho? Não Sim	Houve registro policial? Não Sim
Segurado foi afastado do trabalho? Não Sim (Indique ao lado)	Causa do afastamento Licença Médica Aposentadoria (Por Invalidez) Aposentadoria (Por tempo de trabalho)	Data do afastamento / /	
		Data prevista de retorno / /	
O Segurado possui outros seguros de vida? Não Sim (Indique ao lado)	Cia. seguradora	Apólice nº	

Descrever com detalhes a maneira como ocorreu o sinistro:

Informações para Contato

E-mail	Telefone com DDD		
Endereço completo	Cidade	Estado	CEP
Nome completo (Se pessoa diferente do Segurado)	Grau de parentesco ou relacionamento com o segurado		

Documentos básicos para análise do pedido de indenização (Seguir com documentação e orientações informadas na 1ª página)

Garantia da apólice	Documentação que deverá ser apresentada
Para Todas as Garantias	- Cópia do CPF, RG ou CNH; - Comprovante de endereço residencial em nome do segurado; - Relatório médico preenchido por médico que acompanhou o tratamento do segurado (Modelo anexo pág. 3 e 4); - Resultado de exames (laudos) realizados, período de afastamento de trabalho (quando aplicável); - Cópia do boletim de ocorrência policial, se houver (Para eventos causados por acidente)
+ Para Garantia de Morte (por qualquer causa)	- Cópia da Certidão de Óbito
+ Incapacidade Total e Temporária	- Cópia da Declaração de Imposto de Renda (IRPF) ou Comprovante de Pagamento que comprove atividade Autônoma (Ex.: ISS, Prev. Social)

Observações:

1 - Se o Segurado não for alfabetizado, anexar procuração específica, registrada em cartório, para o pedido de indenização.

2 - A Carteira Nacional de Habilitação será necessária somente no caso de acidente de trânsito em que o Segurado era condutor de veículo envolvido.

3 - Reservamo-nos o direito de eventualmente ter que solicitar algum outro documento necessário à complementação ou esclarecimento do sinistro.

Local

Data
/ /

Assinatura do Segurado ou seu Representante

Avenida Paulista, 2100 - Bela Vista - São Paulo/SP - CEP: 01310-930 - CNPJ 30.902.142/0001-05

Sr. Médico

As informações prestadas por V.Sa. destinam-se à Safra Vida e Previdência S/A e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica.

1 - Nome do paciente	Data de nascimento / /
----------------------	---------------------------

Diagnóstico consequente da doença ou acidente

☐	☐	Incapacidade Total e Temporária	☐	☐	Morte
☐	☐	Invalidez Permanente Total por Acidente	☐	☐	Outro diagnóstico

Descreva: _____

As informações abaixo podem ser apresentadas pelo Código Internacional de Doenças.

2 - Data do início da doença ou acontecimento do acidente

/ /

3 - Atendimento ambulatorial	Diagnósticos/Causas básicas
Data do 1º atendimento / /	
Data dos demais atendimentos / /	
/ /	
/ /	

4 - Atendimento hospitalar

Nome do Hospital

Data da 1ª internação / / a / /	Diagnósticos/Causas básicas
Data das demais internações / / a / /	
/ / a / /	
/ / a / /	
/ / a / /	

5 - Principais exames complementares realizados

Data	Exames	Resultados
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

6 - Tratamentos realizados

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Clínico Cirúrgico Fisioterápico Quimioterápico Radioterápico Outros							

Descrição

Nome do médico

7 - Se o segurado era portador de alguma enfermidade ou doença preexistente ao evento, favor descrevê-las.

8 - Outro médico/hospital que atendeu o paciente em função do diagnóstico	
Médico	Telefone com DDD
Hospital	Telefone com DDD

9 - No caso de redução ou perda do uso de algum membro ou órgão, preencher as informações abaixo:

Alterações funcionais de cada membro ou órgão	Grau de redução funcional			
	Mínimo (0 a 25%)	Médio (26 a 50%)	Máximo (51 a 75%)	Total (76 a 100%)

10 - No caso de redução de acuidade visual, indicar sua avaliação, empregando a Escala Snellen.

Acuidade visual O.D.		Acuidade visual O.E.	
Sem correção	Com correção	Sem correção	Com correção

11 - No caso de redução da função auditiva, anexar exame audiométrico.

12 - Invalidez citada nos itens anteriores é de caráter permanente?	Data da alta do tratamento
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se trata de invalidez	

13 - Em caso de Incapacidade Total e Temporária, informar Início do Afastamento e Previsão de Retorno ao Trabalho

____/____/____ Data do Início do Afastamento	____/____/____ Data Prevista para Retorno ao Trabalho
---	--

14 - Observações

Nome do médico	N.º do CRM	Telefone com DDD	
Endereço	Número	Cidade	Estado

_____	____/____/____	_____
Local	Data	Assinatura do Médico (com carimbo)