

ORIENTAÇÕES

AVISO DE SINISTRO – PERDA DE EMPREGO

Prezado Cliente,

Para solicitar indenização por perda involuntária de emprego, envie toda documentação necessária com este formulário totalmente preenchido para:

Safra Vida e Previdência S. A. - Departamento de Sinistro
Av. Paulista, 2100 - 9º andar - Cerqueira César.
São Paulo - SP
01310-930.

A documentação necessária está relacionada no formulário abaixo.

IMPORTANTE: As cópias da carteira de trabalho não devem ser autenticadas antes de completar prazo mínimo de 30 dias, contados a partir da data do desligamento do emprego.

Lembramos que essa cobertura é exclusiva para rescisão de contrato de trabalho CLT com registro em Carteira de Trabalho, e duração mínima de 12 meses consecutivos.

Esclarecemos que se houver necessidade, documentos complementares poderão ser solicitados.

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

Lembre-se: Os documentos referem-se ao seguro contratado junto à **Safra Vida e Previdência.**

Safra Vida e Previdência S/A

Aviso de Sinistro – Seguro Prestamista
Cobertura de Perda Involuntária de Emprego

Nome do Segurado (a)		Nº do CPF	
Profissão	Data de Nascimento	Remuneração Salarial (R\$)	
Nº do RG	Sexo Fem. () Masc. ()	E-mail	
Data de admissão	Data de Demissão	Motivo da Demissão	
Endereço para Correspondência			
Bairro	Cidade/ UF	CEP	Telefone

Documentação Necessária:

- Cópias do CPF, RG e Comprovante de endereço residencial em nome do (a) segurado (a).
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão Contratual de Trabalho.
- Cópia da Carteira de Trabalho autenticada a partir de 30 dias da data da demissão **-Páginas: Da Qualificação Civil, Da Foto, do Registro do Emprego (com a data da admissão e da saída) e, página seguinte à da baixa do registro de emprego-**.

Observações

- 1- Se o (a) Segurado (a) for analfabeto (a), anexar procuração específica, passada em cartório, para o recebimento da indenização.
- 2- Reservamo-nos o direito de eventualmente ter que solicitar algum outro documento necessário à complementação ou esclarecimento do sinistro.

Local _____ Data ____/____/____ Assinatura do Segurado _____