



Safra Vida e Previdência S.A.

DOCUMENTOS PARA AVISO DE SINISTRO PRESTAMISTA

Prezado Cliente,

Para dar início ao pedido de indenização de sinistro por **MORTE**, providencie toda documentação abaixo e encaminhe para:

Safra Vida e Previdência S.A. - Departamento de Sinistro
Av. Paulista, 2100
Bela Vista
São Paulo - SP
01310-930

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

1. Formulário de Aviso de Sinistro totalmente preenchido - **(Anexo)**;
2. Cópia do CPF, RG e Comprovante de Endereço Residencial em nome do segurado;
3. Cópia **autenticada** da Certidão de Óbito;
4. Relatório Médico, preenchido pelo médico - **(Modelo anexo)**;
5. Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, para morte ocasionada por acidente;
6. Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH (Somente quando o segurado for o condutor do veículo envolvido no acidente).

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 da documentação e conclusão de cobertura do sinistro.

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

A Disposição para esclarecimentos de dúvidas através do e-mail sinistro.vida@safra.com.br.

Atenciosamente,

Departamento de Sinistro.

Dados do Segurado

Nome completo		CPF nº
Apólice nº	<input type="checkbox"/> Não sei informar	Certificado nº
Pedido de indenização por ocorrência de		<input type="checkbox"/> Não sei informar
<input type="checkbox"/> Morte por Qualquer Causa	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por Acidente	<input type="checkbox"/> Incapacidade Total e Temporária

Dados da Ocorrência

Data	Local	Foi acidente de trabalho?	Houve registro policial?
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O Segurado possui outros seguros de vida?	Cia. seguradora	Apólice nº	
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim (indique ao lado)			

Preencher somente para caso de acidente (Descrever com detalhes a maneira como ocorreu)

Informações para Contato

Nome completo (Se pessoa diferente do Segurado)			
Endereço completo	Cidade	Estado	CEP
E-mail	Telefone		

Documentos básicos para análise do pedido de indenização

Garantias	Documentos
Morte por Qualquer Causa	<ul style="list-style-type: none"> - Cópia autenticada da Certidão de Óbito; - Cópia do CPF, RG e Comprovante de Endereço Residencial em nome do segurado; - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, para morte ocasionada por acidente; - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH (vide obs. 2).
Invalidez Permanente por Acidente ou Incapacidade Total e Temporária	<ul style="list-style-type: none"> - Cópia do CPF, RG e Comprovante de Endereço Residencial em nome do segurado; - Relatório Médico informando: Diagnóstico, Data do Acidente (quando for o caso), acompanhado do Resultado de Exames (Laudos) realizados, Período de Afastamento de Trabalho (quando aplicável) - (Modelo Anexo); - Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, se houver; - Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH (vide obs. 2); - Cópia autenticada 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 automobilístico ou motociclístico, se o Segurado era motorista envolvido no evento.
- 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	Diagnósticos/Causas básicas
Hospital	
Data da 1ª internação	
/ / à / /	
Data das demais internações	
/ / à / /	
/ / à / /	
/ / à / /	

5- Principais exames complementares realizados	Exames	Resultados
Data		
/ /		
/ /		
/ /		
/ /		

6- Tratamentos realizados

Clínico
 Cirúrgico
 Fisioterápico
 Quimioterápico
 Radioterápico
 Outros

Descrição

Nome do médico

_____ Visto 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
Hospital	Telefone

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

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

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

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	
Endereço	Número	Cidade	Estado

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