



Safra Vida e Previdência S.A.

DOCUMENTOS PARA AVISO DE SINISTRO – PRESTAMISTA FINANCEIRA

Prezado Cliente,

Para fazer o pedido de indenização de sinistro por **INCAPACIDADE TOTAL E TEMPORÁRIA**, 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 do Boletim de Ocorrência Policial, se houver;
5. Relatório Médico preenchido por médico que acompanhou o tratamento do segurado (acompanhado de laudo de exames realizados), informando o diagnóstico, data da ocorrência (Acidente ou Doença) e o período de Afastamento do Trabalho; (**Formulário modelo para preenchimento anexo – páginas 3 e 4**)
6. Cópia da Declaração de Imposto de Renda (IRPF) ou Comprovante de Recolhimento de imposto que Comprove Atividade Profissional Autônoma (Exemplo: RPA, INSS, Prev. Social, ISS).

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.

Aviso de Sinistro – Seguro Prestamista

Nome completo		CPF nº	
Apólice nº		Certificado nº	
Não sei informar		Não sei informar	
Pedido de indenização por ocorrência de:			
Morte por Qualquer Causa		Incapacidade Total e Temporária	

Data / /	Local	Foi acidente de trabalho? Não Sim	Houve registro policial? Não Sim
Segurado foi afastado do trabalho?	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?	Cia. seguradora		Apólice nº

Descrever com detalhes a maneira como ocorreu o sinistro:

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		

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, atestado médico especificando período de afastamento (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.: INSS, RPA, Prev. Social, ISS)

- 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	Diagnósticos/Causas básicas
Nome do Hospital	
Data da 1ª internação / / a / /	
Data das demais internações / / a / /	
/ / a / /	

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

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 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)