



Safra Vida e Previdência S.A.

DOCUMENTOS PARA AVISO DE SINISTRO – PRESTAMISTA FINANCEIRA

Prezado Cliente,

Para fazer o pedido de indenização de sinistro por **INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE**, 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;
5. 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.

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

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	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

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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)