## Aviso de Sinistro

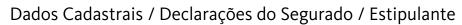
## Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante



MORTE NATURAL INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE MORTE ACIDENTAL DOENÇAS GRAVES INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DOENÇA TERMINAL SINISTRO DE OUTRA PESSOA QUE NÃO SEJA O SEGURADO SINISTRO DO PRÓPRIO SEGURADO Grau de parentesco com o Segurado: PREENCHIMENTO EXCLUSIVO: SEGURO PESSOA JURÍDICA **SEGURADO(A) SINISTRADO** FUNCIONÁRIO FILHO SÓCIO Dados do Segurado CPF (\*) APÓLICE/CERTIFICADO NOME DO SEGURADO (\*) **Dados do Sinistrado** Se diferente do Segurado. CPF (\*) NOME DO SINISTRADO (\*) DATA DE NASCIMENTO **Dados do Notificante** NOME (\*) CPF(\*) ENDEREÇO (\*) UF (\*) CEP (\*) BAIRRO (\*) CIDADE (\*) COMPLEMENTO (\*) DDD E CELULAR (\*) DDD E TELEFONE FIXO E-MAIL (\*)

**IMPORTANTE:** estes dados devem ser mantidos atualizados pois é por meio deles que a Seguradora entrará em contato.

## Aviso de Sinistro





Descrição do Ev	vento			
DATA DA OCORRÊNCIA  DIA MÊS ANO	HORA DA OCORRÊNCIA			
DESCRIÇÃO DO EVENTO	(*)			
DDEEN/CHIMENTO EVO	LUSIVO: SINISTROS POR INVAL	IDEZ DOD ACIDENTE		
PREENCHIMENTO EXCI	LOSIVO: SINISTROS FOR INVAL	IDEZ FOR ACIDENTE		
INVALIDEZ TOTAL	INVALIDEZ PARCIAL	QUAL O MEMBRO INVÁLIDO:		
DIAGNÓSTICO DETALHA	DO DA DOENÇA E CÓDIGO DO C	E.I.D.		
PREENCHIMENTO EXCI	LUSIVO: INVALIDEZ POR DOEN	ÇA OU DOENÇAS GRAVES OU D	AGNÓSTICO DE CÂNO	CER OU DOENÇA TERMINAL
DATA DO DIAGNÓSTICO				
DIA MÊS ANO				
DIAGNÓSTICO DETALHA	DO DA DOENÇA E CÓDIGO DO C	C.I.D.		
Dados bancário	s para indenização do	sinistro		
	itander Brasil Seguros S/A a da de minha titularidade:	efetuar o pagamento do sinist	ro acima mencionad	do, mediante crédito na
BANCO	NOME DO BANCO	CÓDIGO AGÊNCIA	N	OME AGÊNCIA
<b>Tipo de conta:</b> CORRENTE	POUPANÇA	número da cont	A D	ÍGITO DA CONTA
*O crédito poderá ser efeti	uado somente na conta-corrente do nte será efetuado após a conclusão	segurado ou do beneficiário da inde da análise do processo de sinistro e c		a qual fica sujeita às condições que
	o deste Aviso de Sinistro não	egais, a veracidade das inform gera obrigações à Seguradora		das e declaro ter conhecimento sente reclamação, que será
	,DE	DE 20		SINATURA

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA
APLICATIVO SANTANDER
SANTANDER.COM.BR
TWITTER: @SANTANDER\_BR
FACEBOOK: SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento: 4004 3535 (capitais e regiões metropolitanas), 0800 702 3535 (demais localidades), 0800 723 5007 (pessoas com deficiência auditiva ou de fala). Atendimento digital 24h, 7 dias por semana. SAC: 0800 762 7777 e para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 771 0401. Atendimento 24h por dia, todos os dias. Ouvidoria - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada: 0800 726 0322 e para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 771 0301. De segunda a sexta-feira, das 8h às 22h, e aos sábados, das 9h às 14h, exceto feriados.