

Preenchimento exclusivo: seguro pessoa jurídica

ESTIPULANTE/EMPRESA

DATA DE ADMISSÃO

Dados do Segurado

NOME DO SEGURADO

APÓLICE/CERTIFICADO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

CPF

PROFISSÃO

DDD E TELEFONE

MENCIONE OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUI SEGURO E QUAL O SEGURO

Dados para Contato

NOME COMPLETO

CPF

COMO DESEJA ACOMPANHAR O STATUS DO SINISTRO?

E-MAIL

INFORME SEU E-MAIL:

SMS

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

TELEFONE

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

Dados do Sinistrado

NOME DO SINISTRADO

CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

RECADO

PROFISSÃO

Dados dos Beneficiários

NOME DO BENEFICIÁRIO (1)

CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

RECADO

E-MAIL

RENDA MÉDIA MENSAL (EM QUANTIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS)

ATÉ 3 SAL. MÍN.

DE 3 A 6 SAL. MÍN.

DE 6 A 10 SAL. MÍN.

ACIMA DE 10 SAL. MÍN.

Dados dos Beneficiários

NOME DO BENEFICIÁRIO (2) CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

DDD E TELEFONE RECADO E-MAIL

RENDA MÉDIA MENSAL (EM QUANTIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS)

ATÉ 3 SAL. MÍN. DE 3 A 6 SAL. MÍN. DE 6 A 10 SAL. MÍN. ACIMA DE 10 SAL. MÍN.

NOME DO BENEFICIÁRIO (3) CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

DDD E TELEFONE RECADO E-MAIL

RENDA MÉDIA MENSAL (EM QUANTIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS)

ATÉ 3 SAL. MÍN. DE 3 A 6 SAL. MÍN. DE 6 A 10 SAL. MÍN. ACIMA DE 10 SAL. MÍN.

NOME DO BENEFICIÁRIO (4) CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO BAIRRO CIDADE UF CEP

DDD E TELEFONE RECADO E-MAIL

RENDA MÉDIA MENSAL (EM QUANTIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS)

ATÉ 3 SAL. MÍN. DE 3 A 6 SAL. MÍN. DE 6 A 10 SAL. MÍN. ACIMA DE 10 SAL. MÍN.

Aviso de Sinistro | **Morte Acidental**

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante



NOME DO BENEFICIÁRIO (5) _____ CPF _____

ENDEREÇO _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ UF _____ CEP _____

DDD E TELEFONE _____ RECADO _____ E-MAIL _____

RENDA MÉDIA MENSAL (EM QUANTIDADE DE SALÁRIOS MÍNIMOS)

ATÉ 3 SAL. MÍN. DE 3 A 6 SAL. MÍN. DE 6 A 10 SAL. MÍN. ACIMA DE 10 SAL. MÍN.

LOCAL: _____ DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA



**APLICATIVO
SANTANDER**



**SANTANDER
.COM.BR**



@SANTANDER_BR



SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento

Consultas, informações e transações.

4004 3535

(CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS)

0800 702 3535

(DEMAIS LOCALIDADES)

0800 723 5007

(Pessoas com deficiência auditiva e de fala.)

SAC

Reclamações, cancelamentos e informações: 0800 762 7777.

Atende pessoas com deficiência auditiva e de fala no 0800 771 0401.

OUVIDORIA

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada:

0800 726 0322. Disponível de segunda a sexta-feira, das **9h às 18h**, exceto feriado. Atende pessoas com deficiência auditiva e de fala no 0800 771 0301.