

Dados do Segurado

NOME DO SEGURADO

APÓLICE

RG

CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

RECADO

DDD E CELULAR

E-MAIL

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:

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

Dados do Cartão Sinistrado

FUNÇÃO DÉBITO

FUNÇÃO CRÉDITO

NÚMERO DO CARTÃO:

PRÓPRIO SEGURADO

CARTÃO ADICIONAL

NOME DO PROPRIETÁRIO DO CARTÃO

Tipo de ocorrência

UTILIZAÇÃO INDEVIDA DO CARTÃO

COMPRAS E/OU SAQUE SOB COAÇÃO

ROUBO APÓS SAQUE

BOLSA PROTEGIDA

CARTEIRA PROTEGIDA

COMPRA PROTEGIDA

PREÇO PROTEGIDO

MORTE E INVALIDEZ DECORRENTE DE CRIME

Possui outros seguros?

SIM

NÃO

EM CASO POSITIVO, QUAIS?

SEGURADORA

APÓLICE

ITEM INDENIZADO

Descrição do evento

DATA DA OCORRÊNCIA HORA DA OCORRÊNCIA

____ / ____ / ____

DIA MÊS ANO

DESCRIÇÃO DO EVENTO

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO: SINISTROS POR INVALIDEZ POR ACIDENTE

INVALIDEZ TOTAL INVALIDEZ PARCIAL QUAL MEMBRO INVÁLIDO:

Estimativa dos prejuízos

Observações

Autorizo a Zurich Santander Brasil Seguros S/A a efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta-corrente indicada de minha titularidade:

Dados para Indenização do Sinistro

CRÉDITO EM CONTA

BANCO

NOME DO BANCO

AGÊNCIA

NOME DA AGÊNCIA

CONTA-CORRENTE Nº

DÍGITO

* Caso a indenização seja feita via cheque, favor informar o nome e nº da agência para envio.

O referido crédito somente será efetuado em minha conta-corrente após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.

Atesto para os devidos fins e sob as penalidades legais a veracidade das informações acima prestadas, e declaro ter conhecimento de que o recebimento deste Aviso de Sinistro não gera obrigações à Seguradora em indenizar a presente reclamação, que será encaminhada para análise técnica*.

_____, _____ DE _____ DE 20_____

ASSINATURA

* O crédito poderá ser efetuado somente na conta-corrente do segurado ou do beneficiário da indenização.

* Na ocorrência de sinistro, comunicar à Seguradora através do telefone, conforme Condições Gerais do produto.

* Caso necessite de mais formulários, eles poderão ser retirados em qualquer agência do Banco Santander.

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA



**APLICATIVO
SANTANDER**



**SANTANDER
.COM.BR**

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 ou de fala)

Atendimento digital 24h, 7 dias por semana.

Sinistros

Das 8h às 22h, de segunda a sexta-feira, e das 8h às 20h, aos finais de semana.

Assistência 24h

Atendimento emergencial: **0800 770 5030** (no Brasil). No exterior, ligue a cobrar para: **55 (11) 3027 9603**.

SAC

Reclamações, cancelamentos e informações: **0800 762 7777**

Pessoas com deficiência auditiva ou de fala: **0800 771 0401**

No exterior, ligue a cobrar para: **55 (11) 3012 3336**
Atendimento 24h por dia, todos os dias.

SUSEP

Superintendência de Seguros Privados: **0800 021 8484**
Das 9:30h às 17h, exceto feriados.

Ouvidoria

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada: **0800 726 0322**

Pessoas com deficiência auditiva ou de fala: **0800 771 0301**

Disponível das 8h às 22h, de segunda a sexta-feira, e aos sábados, das 9h às 14h, exceto feriados.

 @SANTANDER_BR

 SANTANDER BRASIL