

**Benefícios de funeral / Funeral Benefits**  
**Formulário de participação de sinistro / Claim Form**

---

**Detalhes do segurado / Details of the assured person**

Nome / Name: \_\_\_\_\_

Número da Apólice / Policy Number: \_\_\_\_\_

Endereço / Address: \_\_\_\_\_

Telefone / Telephone \_\_\_\_\_

---

**Detalhes do sinistro / Details of claim**

Nome da pessoa falecida / Name of deceased person: \_\_\_\_\_

Data do Sinistro / Date of Claim: \_\_\_\_\_

Causa do Sinistro / Cause of the Claim: \_\_\_\_\_

Local do Sinistro/place of Claim: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o Beneficiário/Relationship with the beneficiary: \_\_\_\_\_

Assinatura / Signature: \_\_\_\_\_

Data / Date: \_\_\_\_\_

**Este formulário deve ser submetido á seguradora com a seguinte documentação / This claim form must be accompanied by the following documentation:**

**Em caso de Morte/In the event of Death:**

1. Fotocópia de B.I. da pessoa falecida reconhecido pelo notário / Certified copy of deceased's ID document;
2. Certidão de óbito ou Carta da Entidade Competente, confirmando a morte do Segurado (caso a morte ocorra numa área rural ou isolada) / Death certificate or Letter from a Competent Authority confirming the death of the Assured (in cases where the death occurs in rural or isolated areas);
3. Fotocópia do B.I. da pessoa que faz a reclamação/ Certified copy of the person who has submitted the claim.