

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

Detalhes do Tomador do Seguro / Policyholder Details

Nome da Empresa / Scheme 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 Trabalhador (em caso de Morte de Dependente)

/ Relationship with the Employee (in case of Death of Dependent): _____

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. Fotocópia do B.I. do Trabalhador reconhecido pelo notário / Certified copy of the Employee's ID document;
3. 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);
4. Relatório da Polícia (em caso de Morte resultante de Acidente) / Police Report (in case of death resulting from Accident);
5. Qualquer outro documento que a Sanlam possa solicitar / Any other document that Sanlam may require.