COOPEDER – COORDENAÇÃO DE SEGUROS - UNIÃO

Invalidez por Doença e Acidente (IPD-IPA)

Nome_____ Matricula/Masp:_____

Nº do processo:_____ Valor:_____

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro, devidamente preenchido e assinado pelo Segurado (anexo);
- ☐ Cópia da Carteira de Identidade e CPF ou CNH - **autenticado em cartório**
- ☐ Cópia dos três últimos comprovantes de pagamento
- ☐ Cópia do comprovante de residência,
- ☐ Cópia do cartão do banco/extrato/cheque (legível) para depósito do benefício conta poupança ou conta corrente;
- ☐ Formulário de dados bancários para indenização de sinistro
- ☐ Cópia do resultado de todos os exames realizados, diagnóstico e de controle (somente laudo) - **autenticado em cartório**
- ☐ Circular da Susep 445
- ☐ Declaração médica devidamente preenchida e assinada, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento definitivo do estado de Invalidez – declaração em anexo – **autenticada assinatura do médico em cartório**
- ☐ Documentos Médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial (comprobatórios do início da doença), incluindo Laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clinico Incapacitante irreversível **- autenticado em cartório**

- OBS – Poderão ser solicitados outros documentos suportes após a análise de cada caso.

Data da entrega da documentação na Coordenação de Seguros:_____

Protocolo de entrega para a corretora:-
_____

OBS:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
:_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____