

COOPEDER – COORDENAÇÃO DE SEGUROS – SULAMERICA

Diária por Internação Hospitalar (DIH)

Nome: _____ Matrícula/Masp: _____

Processo: _____ Valor: R\$ _____

- Formulário de aviso de sinistro.
- Cópia simples do contracheque do mês/ano do sinistro.
- Cópia Simples ou imagem digitalizada do **CPF, RG ou CNH**
- **Comprovante de residência nominal** atualizado.
- **Declaração do Hospital ou Clínica de atendimento** constando nome do segurado, total de diárias utilizadas, os dias de UTI (se houver) data e hora de internação e de alta, diagnóstico detalhado e descrição do tratamento ou cirurgias realizadas, bem como identificação do(s) seu(s) médico(s) assistente(s).
- **Relatório Médico.** Informando o motivo da internação, qual a sequela, trauma, lesão produzida ou doença; informar, ainda, segmento acometido.
- Cópia autenticada do **Termo definitivo de Tutela ou Curatela** (se houver).
- **Resultados dos exames comprobatórios da doença ou acidente** (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc) laudos e imagens.

OBSERVAÇÃO: HAVENDO NECESSIDADE, A SEGURADORA PODERÁ SOLICITAR DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA UMA COMPLETA ANÁLISE DO SINISTRO.

- Cópia Simples ou imagem digitalizada da CNH em caso de acidente automobilístico e o segurado seja o condutor.
- Cópia simples ou imagem digitalizada do **Boletim de Ocorrência**, em caso de acidente.
- Cópia simples ou imagem digitalizada do **Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica.**
- Cópia simples ou imagem digitalizada da **Ficha Médica Hospitalar de atendimento emergencial.**
- **Guia de primeiro atendimento médico** de emergência/ urgência.
- **Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)** (O termo é emitido via sentença ou decisão judicial e encaminhado à unidade de atendimento do INSS.).

Data da entrega da documentação na Coordenação de Seguros: ____/____/____

Protocolo de entrega para a corretora: _____

OBS: _____

Nº DO AVISO

DADOS DO SEGURADO (todos os dados são de preenchimento obrigatório)

Nome			Data de nascimento / /	
Nacionalidade ¹	Tipo de documento ☐ CPF ☐ Passaporte	Nº do documento	País de emissão	
Profissão	Detalhe da ocupação		Renda média mensal R\$	
Endereço		Número	Compl.	
Bairro	CEP	Cidade	Estado	
E-mail		Telefone (dado obrigatório) ()		

DADOS DA APÓLICE

Apólice Nº	Diária por Internação Hospitalar ☐ Doença ☐ Acidente	Diária por Internação Hospitalar UTI ☐ Doença ☐ Acidente
------------	---	---

Dados do Sinistro

Data do Sinistro / /	Hora :	Local/ Endereço Hospital
Quantidade de dias de internação:	Período de Internação Início: / / Término: / /	

Descrição clara e circunstanciada da situação:

Possui seguro registrado em outras companhias seguradoras?

☐ Sim ☐ Não Especifique:

Relatório Médico (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Data do Atendimento / /	Data de Início da Internação / /
----------------------------	-------------------------------------

Origem da Internação (especificar a doença e em caso de acidente, a natureza das lesões e o tratamento instruído).

Informar nome do hospital:

Local e data

Assinatura do proponente (ou responsável legal)

Atenção! Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

Quais exames foram realizados?

Foi submetido à
cirurgia?

Se afirmativo, informar data e quais cirurgias:

☐ Não ☐ Sim

O paciente encontra-se em
tratamento?

Qual?

Data de alta médica
definitiva:

☐ Não ☐ Sim

/ /

Preencher somente para sinistro ocasionado por Acidente

Data do Acidente

/ /

Data do primeiro atendimento

/ /

Foi realizado exame de Corpo Delito?

☐ Não ☐ Sim

Foi realizado exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológica?

☐ Não ☐ Sim

Descrever a(s) lesão(ões) ocorrida(s) e observada(s) na data do atendimento

Quais as condições de integridade física e anatômica do Segurado? Indicar quais os vestígios (lesões, doenças e enfermidades).

O segurado era portador de alguma deficiência anterior, como doença, mutilação ou redução funcional? Especificar:

DADOS DO DECLARANTE (Seja próprio segurado, beneficiário, familiar, outros)

Preenchimento Obrigatório

☐ o próprio segurado

☐ outro (preencher os dados abaixo)

Nome

RG

CPF

Grau de Parentesco com o
segurado:

Opção para receber
correspondência:

E-mail

☐ E-mail ☐ Correio

Endereço Residencial

Bairro

Cidade

Estado

CEP

DDD - Telefone

()

Declaração

Na condição de declarante, assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médico/hospitalares prestados ao seguro sinistrado.

Local e data

Assinatura do proponente (ou responsável legal)

Atenção! Esta proposta deve ser impressa, datada e assinada em três vias - 1ª Via Seguradora - 2ª Via Corretor - 3ª Via Proponente.

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVO

Declaração de Residência



Formulário destinado aos beneficiários e segurados que não possuem Comprovante de Residência em seu nome.

DADOS DO SEGURADO / BENEFICIÁRIO

Nome	Data de Nascimento	Nº do CPF	
	/ /		
Endereço	Número	Compl.	
Bairro	CEP	Cidade	Estado
E-mail	Telefone		
	()		

DADOS DO DECLARANTE

Nome:	CPF:
Telefone com DDD:	E-mail:

Eu, qualificado acima, DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que o Segurado/Beneficiário também qualificado acima, reside e mantém domicílio no endereço informado neste documento, e estou ciente que a falsidade da presente declaração pode implicar sanção penal, nos termos do artigo 2º da Lei nº 7.115/1983 e do artigo 299 do Código Penal.

Local e data	Assinatura do Declarante

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVO

Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente ou Poupança



DADOS DO SEGURADO

Nome	CPF
------	-----

Estipulante (caso Coletivo):

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Possui residência fiscal no exterior ☐ Sim ☐ Não	Profissão	Renda R\$
---	-----------	--------------

Eu, _____, domiciliado em _____
_____, Estado _____, CEP _____
Telefone (____) _____, E-mail _____ inscrito
no CPF/CNPJ sob nº _____, solicito à SulAmérica Seguros de Pessoas e
Previdência que efetue o pagamento da indenização que me é devida, em decorrência do sinistro do
segurado acima identificado, conforme dados bancários abaixo.

Conta Bancária

Código do Banco	Código Agência (c/dígito):	Número da Conta (c/dígito):
-----------------	----------------------------	-----------------------------

Tipo de Conta ☐ Corrente ☐ Poupança ☐ CRO	Individual ou Conjunta ☐ Individual ☐ Conjunta	CPF/CNPJ
---	---	----------

Nome do Titular da Conta:

CRO: pagamento limitado a R\$ 5 mil. Obs: Para os casos de CRO, o valor permanecerá disponível no Banco durante 15 dias úteis, a contar da data do efetivo pagamento.

Atenção: não será efetuado crédito em conta de Terceiros, Conta Benefício/INSS e Conta Salário.

Declaro que estou ciente da obrigatoriedade de manter esta conta em funcionamento e comunicar à Seguradora qualquer fato que possa impedir o pagamento por crédito na conta indicada. Estou ciente que o registro da transação eletrônica do Banco valerá, para todos os fins e efeitos, como a quitação do sinistro ora reclamado.

Atenção, é obrigatório o preenchimento de todos os campos do formulário.

Local e data _____, ____/____/____	Assinatura do(a) Beneficiário(a)
---------------------------------------	----------------------------------