

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL - Capa de Aviso de Sinistro Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente, Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada e Acessibilidade Física por Acidente (0008.0710.0393)



INSTRUÇÕES GERAIS

- O formulário de aviso de sinistro deve ser preenchido integralmente e sem rasuras;
- O relatório médico deve ser preenchido pelo Médico Assistente do Segurado;
- A análise da cobertura pleiteada será iniciada após o recebimento da documentação básica e protocolo do aviso de sinistro pela seguradora. A SulAmérica terá o prazo de 30 dias, após o recebimento da documentação completa, para concluir o processo, caso não haja a suspensão do referido prazo para solicitação de documentação complementar. Esse prazo será interrompido no período em que os documentos solicitados estiverem sendo providenciados e voltará a ser contado a partir do recebimento desses documentos.
- Para liberação das indenizações de sinistro será necessária a apresentação dos dados bancários de própria titularidade do contratante das notas das despesas, discriminando banco, nº de agência e conta corrente, incluindo dígitos verificadores.
- Em caso de conta conjunta devem ser informados, também, nome completo e CPF do titular da conta.
- Os dados bancários deverão ser informados através do Formulário "Guia de Recebimento".

DOCUMENTAÇÃO INICIAL PARA A LIQUIDAÇÃO DO SINISTRO

Tipo de Documento	Qual a finalidade	Forma de obtenção
Cópia Simples ou imagem digitalizada do CPF, RG ou CNH e comprovante de residência atualizado.	Comprovar a identidade e informações pessoais do segurado sinistrado.	Documentos Pessoais
Formulário de Aviso de Sinistro.	Documento padrão de comunicação do evento à seguradora, necessário para formalizar a comunicação do sinistro.	Documento disponível na Central de Atendimento.
Relatório Médico.	Relatório médico informando mecanismo do trauma, lesão produzida, tratamento ministrado, data da alta médica definitiva, inclusive fisioterápica, e qual a seqüela, se houver; informar, ainda, o segmento acometido.	Médico responsável ou estabelecimento de saúde onde o segurado foi atendido.
Resultado e laudo dos exames realizados durante o tratamento.	Comprovar a invalidez.	Hospital onde foram Realizados os exames ou outro local onde tenham sido realizados.
Exames de imagens realizados na data do evento , acompanhado pelo respectivo laudo.	Demonstrar fratura ou lesão semelhante.	Hospital onde foram Realizados os exames ou outro local onde tenham sido realizados.

Local e data

Assinatura do Segurado

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL - Capa de Aviso de Sinistro
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente,
Invalidez Permanente Total por Acidente Majorada e
Acessibilidade Física por Acidente (0008.0710.0393)



DEMAIS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A ANÁLISE DO SINISTRO

Tipo de Documento	Qual a finalidade	Forma de obtenção
Cópia Simples ou imagem digitalizada da CNH , caso seja acidente automobilístico e o segurado seja o condutor.	Permitir a avaliação e análise da Seguradora em relação à cobertura do sinistro reclamado.	Documentos Pessoais
Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT).	Documento emitido para reconhecer o acidente de trabalho, de trajeto ou uma doença ocupacional. ATENÇÃO: quando se tratar de acidente do trabalho.	Empresa contratante do seguro.
Guia de primeiro atendimento médico de emergência/urgência.	Fornecer informações a respeito do acidente e quadro clínico do segurado.	Hospital no qual houve o atendimento de emergência/urgência.
Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica.	Comprovar se o segurado havia ingerido álcool ou droga e qual a quantidade de cada substância ingerida. Caso não haja o documento, será necessária uma declaração da Delegacia, informando a não realização do exame. ATENÇÃO: em caso de acidente automobilístico, esse documento será solicitado se o segurado era o condutor do veículo. Nos demais casos, o documento poderá ser solicitado quando necessário.	Instituto Médico Legal onde foi realizado o exame ou outro local onde tenha sido realizado o exame
Boletim de Ocorrência , se houver.	Fornecer informações a respeito do acidente.	Delegacia ou órgão competente (Polícia Civil, Polícia Rodoviária ou Corpo de Bombeiros).
Laudo da Perícia Técnica.	Informar o ocorrido em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado. ATENÇÃO: será solicitado nos casos em que houver necessidade.	Delegacia da Polícia Civil ou outro local onde tenha sido realizada a perícia.
Laudo do Exame de Corpo de Delito	Fornecer informações sobre o acidente	Instituto Médico Legal (IML)
Cópia autenticada do Termo definitivo de Tutela ou Curatela (se houver)	Comprovar a definição do tutor ou curador responsável por cuidar do segurado ou de seus interesses, caso este não possa livremente administrá-los	O termo é emitido via sentença ou decisão judicial e encaminhado à unidade de atendimento do INSS.

OBSERVAÇÃO: Havendo necessidade, a Seguradora poderá solicitar documentação complementar para uma completa análise do sinistro.

Local e data	Assinatura do Segurado
--------------	------------------------

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 Individual ou Conjunta CPF/CNPJ
 Corrente Poupança CRO Individual Conjunta _____

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) _____

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

**COOPEDER - COORDENAÇÃO DE SEGUROS - SULAMERICA
(ID e IPA)**

Nome _____ Matricula/Masp: _____
Nº do processo: _____ Valor: _____

Do Segurado:

- Cópia Simples ou imagem digitalizada do CPF, RG ou CNH
- Cópia do comprovante de residência **nominal** atualizado.
- Formulário de Aviso de Sinistro.
- Cópia simples do contracheque do mês/ano do sinistro.
- Relatório Médico.
- Resultado dos exames realizados durante o tratamento.
- Exames de imagens realizados, acompanhado pelo respectivo laudo.
- Laudo Médico com o diagnóstico da Doença.
- Cópia autenticada do Termo definitivo de Tutela ou Curatela (se houver).
- Cópia Simples ou imagem digitalizada da CNH, caso seja acidente automobilístico e o segurado seja o condutor.
- Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) (Caso o segurado seja funcionário da Coopeder, caso seja cooperado, este item não é necessário).
- Guia de primeiro atendimento médico de emergência/ urgência.
- Laudo de Dosagem Alcoólica ou Etílica e/ou Toxicológica.
- Boletim de Ocorrência, se houver.
- Laudo da Perícia Técnica.
- Comprovante de residência **nominal** do segurado.
- Cópia do cartão do banco/extrato/cheque (**legível e nominal**) para depósito do benefício conta poupança ou conta corrente.
- Formulário de dados bancários para indenização de sinistro.
- Telefone para contato.

Data da entrega da documentação na Coordenação de Seguros: _____

Protocolo de entrega para a corretora: _____

OBS: _____