

1. Dados da Apólice

Nome do Estipulante/Subestipulante	Nº da Apólice
------------------------------------	---------------

2. Dados do Segurado Sinistrado

Nome Completo			Data de Nascimento		
CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição		
Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial	Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone ()	
E-mail			Função/Cargo/Ocupação Principal		
Data da Admissão/Posse	Último Dia de Trabalho	Dados de Afastamento - Aposentado: <input type="checkbox"/> Sim - Desde: ___/___/___ <input type="checkbox"/> Não		Tipo de Aposentadoria <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	
Renda Média Mensal (em quantidade de salários mínimos) <input type="checkbox"/> Até 3 Sal. Mín. <input type="checkbox"/> De 3 a 6 Sal. Mín. <input type="checkbox"/> De 6 a 10 Sal. Mín. <input type="checkbox"/> Acima de 10 Sal. Mín.			Possui Outros Seguros? Em Quais Seguradoras?		

3. Dados do Reclamante/Declarante

Tipo <input type="checkbox"/> Segurado Principal <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Beneficiário - Grau de Parentesco _____					
Nome Completo			Telefone Celular ()		
CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição		

4. Relação de Documentos para Regulação do Sinistro

Anexos:

- Aviso de sinistro completo.
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.
- Cópia autenticada da CNH, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.
- Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.
- Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- Instrumento de Avaliação de Invalidez Funcional (IAIF), devidamente preenchido e assinado pelo Médico.
- Declaração Médica, devidamente preenchida e assinada pelo Segurado e pelo Médico Assistente, contendo informações e registros médicos que comprovem o momento temporal exato do atingimento de um estágio de doença que se enquadre em Quadro Clínico Incapacitante.
- Documentos médicos que tenham embasado o diagnóstico inicial, incluindo laudos e resultados de exames, e que confirmem a evolução do Quadro Clínico Incapacitante irreversível.
- Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data do sinistro.
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de doença mental, anexando a Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do Curador.
- Comprovante dos Dados Bancários.

5. Termo de Autorização

Autorizo, nos termos da Resolução 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, a União Seguradora, ou a quem esta delegar poderes para tanto, a solicitar cópia de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, convênios médicos, planos de saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, onde recebi atendimento médico.

Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

Local e Data

Assinatura do Segurado/Representante Legal

Aviso de Sinistro - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo Médico que tratou do(a) Segurado(a) na sua última enfermidade. Para a devida regulação do sinistro, o Médico declarante deve responder completamente todos os quesitos. Caso os espaços destinados às respostas não forem suficientes, utilizar o campo destinado às observações adicionais.

Data de Início dos Sintomas

Quais?

Data de Início do Tratamento

Quais?

Descreva o Quadro Clínico Atual

Foi o Médico do Segurado durante todo o tratamento da doença? Sim Não

Há quanto tempo trata do(a) Paciente?

Data da 1ª Consulta

Data da Última Visita

Quando e de que forma foi diagnosticada a doença?

(Anexar Exames e Laudos)

Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico?

Quando do diagnóstico, o(a) paciente foi informado(a) do mesmo? Sim Não

Em que data?

Em caso negativo, foi informado a outra pessoa? Sim Não

Em que data?

Nome e parentesco da pessoa informada

O(A) paciente teve conhecimento de toda evolução e consequências de sua moléstia? Sim Não

O(A) paciente é portador(a) de alguma outra doença? Sim Não

Qual(is)?

Especifique:

Encontrou no(a) paciente qualquer defeito físico ou doença pré existente?

(Havendo protocolo médico específico, favor assinalar a classificação oficial)

Qual o estadiamento da doença atual?

O quadro clínico: () Está estabilizado () Pode se agravar () Já está tratado e/ou de alta.

Especifique o tratamento e seus resultados:

Havendo limitação física e/ou psíquica descreva as ações cotidianas às quais o(a) paciente esteja impedido e/ou dependente de auxílios, inclusive de terceiros?

Descrever a desvantagem então decorrente da doença e suas repercussões na autonomia de vida.

Em caso de não haver quadro clínico incapacitante, que seja gerador de desvantagem, que se traduza como perda da autonomia de vida total e permanente do(a) paciente, favor assinalar:

Não há quadro clínico incapacitante, físico e/ou mental, compatível com falências orgânicas, sistêmicas ou não, críticas e irreversíveis que possam ser responsáveis pela perda total e definitiva da autonomia de vida do(a) paciente e assim serem capazes de determinar, de modo irreversível, a perda de sua existência independente.

Considera o(a) paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta

Houve internação hospitalar? Sim Não

Período

Hospital(is)

Em que data foram esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para reabilitação do(a) paciente e que determinaram sua invalidez em caráter permanente?

Informar: Nome/CRM/Telefone

O(A) paciente foi tratado(a) anteriormente por outro(s) médico(s)? Não Sim

Observações Adicionais

Identificação do Médico Assistente

Nome

Endereço

E-mail

Especialidade

Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente - Reconhecer firma em cartório

Aviso de Sinistro - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

Qual(is) foi(ram a(s) doença(s) diagnosticada(s)?

O paciente enquadra-se em algum dos Quadros Clínicos Incapacitantes abaixo? Escreva, de próprio punho, **SIM** ou **NÃO**.

Quadros Clínicos Incapacitantes	Resposta
1. Doenças cardiovasculares crônicas enquadradas sob o conceito de "cardiopatia grave".	
2. Doenças neoplásicas malignas ativas, sem prognósticos evolutivo e terapêutico favoráveis, que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao controle clínico.	
3. Doenças crônicas de caráter progressivo, apresentando disfunções e/ou insuficiências orgânicas avançadas, com repercussões em órgãos vitais (consumpção), sem prognóstico terapêutico favorável e que não mais estejam inseridas em planos de tratamento direcionados à cura e/ou ao seu controle clínico.	
4. Alienação mental total e permanente, com perda das funções cognitivas superiores (cognição), única e exclusivamente em decorrência de doença.	
5. Doenças manifestas no sistema nervoso com sequelas encefálicas e/ou medulares que acarretem repercussões deficitárias na totalidade de algum órgão vital e/ou sentido de orientação e/ou das funções de dois membros, em grau máximo.	
6. Doenças do aparelho locomotor, de caráter degenerativo, com total e definitivo impedimento da capacidade de transferência corporal.	
7. Deficiência visual decorrente de cegueira, na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.	
8. Deficiência visual decorrente de baixa visão, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica.	
9. Deficiência visual decorrente de casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor que 60°.	
10. Doença evoluída sob um estágio clínico que possa ser considerado como terminal (doença em estágio terminal), desde que atestado por profissional legalmente habilitado.	
11. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de dois membros.	
12. Perda completa e definitiva da totalidade das funções das duas mãos ou de dois pés.	
13. Perda completa e definitiva da totalidade das funções de uma das mãos associada à de um dos pés.	

Caso o paciente não se enquadre nos Quadros Clínicos Incapacitantes acima, será necessário o preenchimento das demais tabelas a seguir relacionadas.

Identificação do Médico Assistente
Nome
Endereço
E-mail
Especialidade
Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente

Aviso de Sinistro - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPTD)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade

Resposta

1. A idade do segurado interfere na análise da morbididade do caso e/ou há IMC – Índice de Massa Corporal superior a 40.

2. Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.

3. Há ou houve recidiva, progressão em doença tratada e/ou agravo mantido associado ou não à disfunção imunológica.

4. Existem mais de 2 fatores de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de duas ou mais doenças crônicas em atividade.

5. Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e ou de suporte à sobrevida e/ou refratariedade terapêutica.

Relações do Paciente/Segurado com o Cotidiano

Resposta

1º GRAU
O Segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sozinho e sem auxílio; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida social, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.

2º GRAU
O Segurado apresenta desorientação; necessita de auxílio à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou de cognição.

3º GRAU
O Segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.

Condições Clínicas e Estruturais do Paciente/Segurado

Resposta

1º GRAU
O Segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.

2º GRAU
O Segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição.

3º GRAU
O Segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, concursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com interação de auxílio humano e ou técnico.

Conectividade do Paciente/Segurado com a Vida

Resposta

1º GRAU
O Segurado realiza, sem auxílio, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.

2º GRAU
O Segurado necessita de auxílio para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).

3º GRAU
O Segurado necessita de auxílio às atividades de higiene e asseio pessoal diários, assim como aquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de realizar sozinho suas necessidades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.

Identificação do Médico Assistente

Nome

Endereço

E-mail

Especialidade

Local e Data:

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

TITULAR DA CONTA: _____

CPF: _____

() CONTA CORRENTE

() CONTA POUPANÇA

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

****ANEXAR CÓPIA DOS DADOS BANCÁRIOS (CARTÃO E/OU EXTRATO) PARA CONFERÊNCIA.**

ATENÇÃO: Para evitar reprogramação de pagamento as seguintes contas não devem, de forma nenhuma, serem indicadas:

- Conta de Pessoa Jurídica;
- Conta salário e/ou benefício;
- Conta conjunta, quando o beneficiário não for o 1º titular;
- Conta tipo FÁCIL: Ver limite de movimentação mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação **023** da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta Poupança: operação **013** da CEF (Caixa Econômica Federal) aberta em lotérica com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada ou inativa;
- Conta de terceiros.

1. Dados do Segurado

O Preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro.

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

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF.

2. Dados do Beneficiário/Representante Legal

Eu, _____; Estado Civil, _____

RG: _____; CPF: _____, em atenção ao

que determina a Circular Susep 445/2012, declaro:

Endereço (Residência)		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	
E-mail	Telefone para Contato (DDD nº)		Celular (DDD nº)	

3. Profissão e Renda - Art. 7º da Circular Susep nº 445/2012

Empresa	Profissão
---------	-----------

Cargo	Renda Mensal	<input type="checkbox"/> Sem Renda	<input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 2.500,01 a R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> De R\$ 5.500,01 a R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00
-------	--------------	------------------------------------	---	---	--	---

Caso não possua renda, informar patrimônio estimado.

4. Declaração - PPE - Art. 4º da Circular Susep nº 445/2012

É Pessoa Politicamente Exposta?* Sim Não

*Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Declaro que são verdadeiras as informações aqui prestadas, responsabilizando-me na forma da Lei, nos termos do Art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Deve ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

Local	Data / /	Assinatura do Beneficiário/Representante Legal
-------	----------	--

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 Clínico 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: _____
