
Kit Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

Comunicação de Sinistro

Relação de Documentos Obrigatórios para Análise

- Formulário de Declaração de Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença preenchido e assinado pelo médico assistente (Modelo 5310-622E) **(Documento fornecido pela Seguradora);**
- Relatório Médico e Exames Realizados **(Documento obtido com o médico assistente);**
- Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado (o RIC substitui o Documento de Identidade e CPF e deverá estar dentro da validade);
- Comprovante de Residência do Segurado, tais como: contas recentes de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF. O comprovante atualizado deve ser um dos últimos 03 (três) meses. Caso não possua conta em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de duas testemunhas.
- Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança; Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) **(Documento fornecido pela Seguradora);**

Observações

- 1 - Para Seguro de Apólices Específicas, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:
 - Contracheque ou holerite do mês de ocorrência do sinistro, quando o capital segurado for múltiplo salarial ou segurado contribuinte **(Documento obtido com a Empresa);**
- 2 - **A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.**
- 3 - **A entrega da documentação obrigatória não implica em prévio reconhecimento de cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência e não obriga, automaticamente, a seguradora a efetuar o pagamento do capital segurado.**

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

01 - Nome do Segurado(a)*					02 - Data do Nascimento*	
03 - Sexo	04 - Cor		05 - Estado Civil		06 - Naturalidade	
07 - Nacionalidade		08 - Profissão			09 - CPF/MF*	
10 - Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
11 - Endereço (Rua, Av., Praça etc.)				DDD	Telefone	
12 - Bairro		13 - Cidade		14 - CEP	15 - UF	
16 - Há quanto tempo o segurado encontra-se doente, segundo conhecimento pessoal?*						
		anos	meses	dias		
17 - Duração segundo informações obtidas:						
		anos	meses	dias		
18 - Data de sua primeira visita durante a última enfermidade				19 - Data da última visita		
20 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico da doença referida.*						

21 - Quais os exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico? (anexar cópia dos principais exames).*

22 - Indique o tratamento realizado.*

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

23 - Para cada item abaixo, assinale alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado:

Item 1	<input type="checkbox"/> O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência 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 déficit cognitivo. <input type="checkbox"/> 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.
Item 2	<input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta disfunção(ções) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e a desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando 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 a interação de assistência e/ou auxílio técnico.
Item 3	<input type="checkbox"/> O segurado realiza, sem assistência, 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 autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos. <input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência e/ou de auxílio técnico eventuais para trocar de roupas; entrar ou sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares, misturar ou cortar alimentos, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com o uso do copo, prato e talheres. <input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e de asseio pessoal diário, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho com as suas atividades fisiológicas de subsistência alimentar diárias.
24 - É doença Profissional?*	25 - Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado?*
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
26 - Data da caracterização do quadro clínico independente da data do diagnóstico.*	27 - Indicar data desde quando tem sido seu médico.*

Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Avaliador

28 - Localidade		Data*	
29 - Nome do médico*		CRM*	
30 - Endereço do consultório (ou outros)			
Telefone*		E-mail*	
Bairro	Cidade	CEP*	UF

31 - Assinatura do médico (com carimbo e CRM), a informação:

Atenção: é imprescindível o preenchimento dos campos com asterisco.

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas
Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794
Demais Localidades: 0800 701 2794
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,
contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

**Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança;
Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012)**

Dados do Sinistro

Estipulante do Seguro		Nome do Segurado	
Segurado Sinistrado	Data do Sinistro	Apólice N°	Certificado

Dados Pessoais do Beneficiário

Nome Completo (sem abreviações)		Data de Nascimento	CPF/CNPJ/MF	
Doc. Identificação - Tipo	N° Documento	Órgão Expedidor	UF	Data Emissão
Endereço (Rua, Av.)				N°
Bairro	Cidade		UF	CEP
Telefone (DDD+ N°)	E-mail		Profissão	

Faixa de Renda Mensal

Sem Renda
 Até 2.500,00
 De 2.500,01 a 5.000,00
 De 5.000,01 a 10.000,00
 Acima de 10.000,00

Pessoas Politicamente Expostas (descrição no verso)

Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante ou de alta administração em uma organização internacional de qualquer natureza?
 Sim
 Não

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Empresa/Órgão Público

Nome do Cargo ou Função	Data Início do Exercício	Data Fim do Exercício
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Possui relacionamento/ligação com Agente Público que exerce/exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante ou de alta administração em uma organização internacional de qualquer natureza?

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Sim
 Não

Grau de Relacionamento

Pai/Mãe
 Enteadado(a)
 Filho(a)
 Companheiro(a)
 Cônjuge
 Outros: _____

Nome da Pessoas Politicamente Expostas	CPF/MF
----------------------------------------	--------

Empresa/Órgão Público

Nome do Cargo ou Função	DDD - Telefone
-------------------------	----------------

Em caso afirmativo, juntar ao processo cópia simples do holerite/contracheque e/ou declaração do imposto renda

Autorizo à Bradesco Vida e Previdência a creditar o valor da indenização deste seguro, em Conta-Corrente/Poupança de minha titularidade, abaixo indicada, devidamente corrigido nos termos que estabelecem as Condições Gerais do Contrato de Seguro, comprometendo-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumindo integralmente a responsabilidade perante essa Seguradora e/ou terceiros, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas inerentes a esses dados. Obrigoo-me ainda, a comunicar imediatamente de forma escrita a essa Seguradora, qualquer alteração cadastral na referida Conta-Corrente/Poupança, que enseje o não cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Conta Bancária			Tipo da Conta (indicar apenas um tipo)	
Nome do Banco	Cód. Banco	Díg.	Conta-Corrente	Conta-Poupança
Cód. Agência		Díg.	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Individual
N° da Conta		Díg.	<input type="checkbox"/> Conjunta	<input type="checkbox"/> Conjunta
			CPF do Titular:	CPF do Titular:

* O não preenchimento de todos os campos deste formulário implicará na devolução do mesmo.

Local e Data

Assinatura

**Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança;
Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012)**

Definição PPE - Pessoas Politicamente Expostas

1 - De acordo com o art 4º da Circular nº 445, de 02 de julho de 2012, consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos anteriores, 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.

I - Os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II - Os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:

a) de ministro de Estado ou equiparado;

b) de natureza especial ou equivalente;

c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e

d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;

III - Os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;

IV - Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;

V - os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal;

VII - Os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

2 - Pessoas politicamente expostas estrangeiras, são consideradas aquela que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro; por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.

* Conteúdo da circular SUSEP pode ser consultado na íntegra no endereço: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

Todos os campos do formulário são preenchimento Obrigatório.

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas
Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794
Demais Localidades: 0800 701 2794
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,
contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.