
Documentos Necessários - IPA

Comunicação de Sinistro

Relação de Documentos Obrigatórios para Análise

- Formulário Aviso de Alta Médica (Modelo 5310-900E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário Aviso de Sinistro (Modelo 5310-969E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial (**Documento obtido com a delegacia de polícia**);
- Peças do Inquérito Policial tais como: depoimento de testemunhas, relatório da autoridade competente, etc. ou documento comprobatório da não abertura do inquérito (**Documento obtido com a delegacia de polícia**);
- Radiografia do membro atingido, se houver;
- Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso, devidamente protocolada pelo INSS (**Documento obtido com a Empresa**);
- A devida habilitação quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- Formulário de Autorização para Obtenção de Documentos Médicos (Modelo 5310-1632E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- 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 Viagem, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Cópia das passagens completas e/ou comprovante do início da viagem validado (**Documento obtido com a Agência de Viagem**);
- Cópia das faturas e recibos de pagamentos feitos à Agência de Viagem na qual os serviços foram contratados (**Documento obtido com a Agência de Viagem**);

2 - 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 contributivo (**Documento obtido com a Empresa**).

3 - Para Seguro Clube Vida Empresarial, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Declaração do contador referente ao mês anterior do evento, informando a quantidade total de funcionários (Matriz/Filiais/Coligadas) e, havendo funcionários afastados, indicar os nomes, datas do afastamento e causas (**Documento obtido com a Empresa**);
- Guia de Recolhimento do FGTS completa (Matriz/Filiais/Coligadas) referente ao mês anterior ao evento (**Documento obtido com a Empresa**);
- Cópia do Contrato Social da empresa e de todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador, informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual anterior ao sinistro, quando o sinistrado for sócio (**Documento obtido com a Empresa**);
- Cópia do Termo de Abertura e Cadastro de Produtor Rural (quando o estipulante for entidade rural) (**Documento obtido com a Empresa**);
- Ficha de Registro de Empregado do Segurado (**Documento obtido com a Empresa**).

4 - Para Seguro Prestamista, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Proposta de Adesão ao seguro completa/Contrato de Adesão ao Financiamento/Declaração Pessoal de Saúde (**Documento obtido com o Corretor de Seguro e/ou Agência Emissora**);
- Cópia do Contrato de Transferência de Cota, se for o caso (**Documento obtido com o Corretor de Seguro e/ou Agência Emissora**);
- Cópia do Contrato Social da empresa e de todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador, informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual, quando o sinistrado for sócio (**Documento obtido com a Empresa**).

5 - Para Seguro Prestamista com Proteção Financeira é dispensável o último documento da 'Relação de Documentos Obrigatórios para Análise'.

6 - Para Seguro Prestamista aderido junto à CVC, necessário enviar os dez primeiros documentos da 'Relação de Documentos Obrigatórios para Análise', além de:

- Cópia do Contrato de Intermediação de Serviços de Turismo (**Documento obtido com a Agência de Viagem**);
- Cópia da Proposta de Adesão (**Documento obtido com a Agência de Viagem**);
- Cópia da fatura do cartão de crédito, que comprove a cobrança correspondente ao parcelamento contratado; e/ou
- Cópia do boleto bancário, que comprove a cobrança correspondente ao parcelamento contratado.

7 - A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.

8 - A entrega da documentação obrigatória não implica em prévio reconhecimento de cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência S.A. e não obriga, automaticamente, a Seguradora a efetuar o pagamento do Capital Segurado.

Aviso de Alta Médica Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: Este documento deve ser preenchido somente por médicos e enviado para a seguradora sempre após o término do tratamento.

1	A) Nome do Segurado					B) Data do Nascimento	
	C) Sexo	D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade	
	G) Nacionalidade		H) Profissão			I) CPF/MF	Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento	Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
	K) Endereço (Rua, nº)					L) DDD - Telefone	
	M) Bairro			N) Cidade		O) CEP	P) UF
2	A) Data do Acidente			B) Data do primeiro atendimento médico:			
3	Diagnóstico definitivo das lesões produzidas pelo trauma especificando as localizações com precisão anatômica:						
4	Lesões ou estados mórbidos pré-existent não relacionados com o trauma em pauta:						
5	Tipos de tratamentos ministrados com respectivas datas:						
6	Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectiva(s) data(s):						
7	Houve complicações intercorrentes? Queira descrever:						
8	A) Data de internação		B) Data da alta hospitalar		C) Data do término do tratamento médico		
9	Hospital ou clínica onde foi prestada a assistência médica: A) Nome				B) Localidade		

Aviso de Alta Médica Seguro de Acidentes Pessoais

10	Nome e especialidade do médico assistente:			
	A) Nome		B) Especialidade	
11	Tipos e duração do tratamento fisioterápico:			
	A) Tipos	B) Data de Início	C) Nº de sessões	D) Data de Término
12	Descrição das sequelas de caráter permanente porventura existentes (em caso de amputação ou de redução funcional de alguma articulação, queira informar, com devida precisão, sua localização anatômica):			
13	Grau de redução funcional de cada articulação ou órgão (em medicina do seguro: mínimo, médio, máximo e rígido).			
14	Fazer aqui as observações que julgar serem necessárias:			
15	A) Localidade (cidade)		B) Data	
	C) Nome do Médico		D) CRM	
	E) Endereço do consultório (ou outros)		F) DDD - Telefone	
	G) Bairro	H) Cidade	I) CEP	J) UF
	Assinatura do Médico com Carimbo e CRM			

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível, de forma, ou datilografar. A assinatura do médico deverá ter a firma reconhecida.

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.

Aviso de Sinistros Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: esta parte do relatório deve ser preenchida pelo Segurado ou seu representante legal.

1	A) Nome do Segurado Acidentado					B) Idade			
	C) Sexo		D) Cor		E) Estado Civil		F) Naturalidade		
	G) Nacionalidade			H) Profissão			I) CPF		Controle
	J) Doc. Identificação - Tipo		Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão	Validade	
	K) Endereço (Rua, nº)								
	L) Bairro			M) Cidade			N) UF	O) CEP	
2	A) Data e hora da ocorrência do acidente:			B) Localidade de:					
	Data:		Hora						
3	Descreva com letra legível como aconteceu o acidente, suas causas e consequências:								
4	Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente:								
	A) Nome:				B) Endereço:				
	C) Nome:				D) Endereço:				
5	A) Pessoa que prestou primeiros socorros:								
	B) Localidade:				C) Data e horário dos primeiros socorros:				
					Data:		Hora:		
6	A) Data em que procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente:								
	B) Consultório, Clínica ou Hospital (Nome):				C) Endereço:				
7	A) Nome do Médico que assistiu o segurado:								
	B) Endereço:								
8	Médico Assistente do Segurado antes do Acidente:								
	A) Nome:								
	B) Endereço:								

Aviso de Sinistros Seguro de Acidentes Pessoais

Atenção: esta parte do relatório deve ser preenchida pelo Segurado ou seu representante legal.

9	A) Se houver intervenção de alguma autoridade, cite o nome e a qualificação:
	B) Localidade:
10	Se o acidentado já sofreu outro acidente, queira indicar: A) Em que data e em que condições:
	B) Consequências:
	C) Recebeu alguma indenização? Indicar Seguradora e Valor.
11	O abaixo assinado declarante é responsável pela verdade das informações
	Localidade e Data Assinatura

Relatório do Médico Assistente

1	A) Local do primeiro atendimento médico referente ao acidente em pauta:	B) Data:
2	Descrição detalhada e precisa das lesões diretamente produzidas pelo trauma atual:	
	A) As lesões constatadas são <u>diretamente</u> consequentes da causa traumática?	
3	B) Em caso negativo, qual a causa?	
	C) As lesões constatadas são diretamente consequentes de causa traumática?	
	A) Encontrou no acidentado qualquer defeito físico ou doença pré-existente ao acidente? Queira esclarecer.	
4	B) Este efeito ou doença pode agravar ou vir aumentar as consequências do Acidente? Esclarecer.	
	C) Houve agravamento das lesões por falta de cuidados médicos imediatos?	

Relatório do Médico Assistente

5	Observações necessárias e maiores esclarecimentos sobre as lesões e o quadro clínico do acidentado:		
A) Localidade e Data:			
B) Nome do Médico declarante:		C) CPF:	Controle
D) Endereço:		E) Bairro:	
F) Cidade:	G) UF:	H) CEP:	
6	I) Assinatura e carimbo do médico:		J) CRM:

Atenção: favor responder aos quesitos com letra legível, de forma ou datilografar. A assinatura do médico deve conter carimbo e CRM.

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.

Autorização (Somente para Obtenção de Documentos Médicos)

Seguradora

Bradesco Vida e Previdência S.A.Prestadora (a ser preenchido pela Seguradora)

Eu, _____, RG N° _____
residente à _____, bairro _____
na cidade de _____ na qualidade de beneficiário(a) e Responsável Legal do
(a) Sr. (a) _____, autorizo para
instruir o processo de Regulação de Sinistro Vida, que os Médicos, Hospitais, Clínicas, Postos de Saúde,
Laboratórios, INSS, Convênios de Saúde prestem todas as informações, fornecendo Relatórios Médicos,
cópias de Prontuários, cópias e Laudos de Exames solicitados pela Área Médica ou representante desta
Seguradora, de acordo com os artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética Médica

Local e Data**Assinatura do(a) declarante (reconhecer firma).**

Nome:

RG:

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. Obrigo-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 um 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.