

**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: \_\_\_\_\_

# 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

**Nº DO AVISO**

--

**DADOS DO PARTICIPANTE / SEGURADO**

Nome		Data de nascimento	
		/ /	
Nacionalidade <sup>1</sup>	Tipo de documento	Nº do documento	País de emissão
	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Passaporte		
Possui residência fiscal no exterior? <sup>1</sup>		Local de nascimento	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Profissão	Detalhe da ocupação	Renda média mensal	
		R\$	
Endereço		Número	Compl.
Bairro	CEP	Cidade	Estado
E-mail	Telefone		
	( )		

**<sup>1</sup>ATENÇÃO:** Caso possua **NACIONALIDADE** diferente de BRASILEIRA ou **RESIDÊNCIA FISCAL NO EXTERIOR**, peça ao corretor o formulário de **IDENTIFICAÇÃO DE CLIENTES ESTRANGEIROS /RESIDÊNCIA FISCAL NO EXTERIOR** para preenchimento.

**DADOS DA APÓLICE**

Apólice Nº	Certificado	Tipo de Segurado
		<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Coletivo

**Em caso de seguro coletivo, informar os dados abaixo:**

Custeio do Seguro	Nome do Empregador	Data de Admissão	Último Dia de Trabalho
<input type="checkbox"/> Contributário		/ /	/ /
<input type="checkbox"/> Não Contributário			

**DADOS DO SINISTRO**

Data do Sinistro	Hora	Local / Endereço
/ /	:	
Em serviço	Tipo de Sinistro	Causa do Sinistro
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Natural (doença) <input type="checkbox"/> Acidental
Situação do segurado na data do evento		Caso seja aposentado ou afastado, informe o motivo:
<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Tempo de Serviço	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho
<input type="checkbox"/> Afastado (Data: / / )	<input type="checkbox"/> Outros (especificar):	
Houve afastamentos anteriores ao evento:		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não (Data: / / )		
Especifique o motivo:		
Local do Sinistro		
<input type="checkbox"/> Local Público <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Meio de Transporte		
<input type="checkbox"/> Outros - Especifique:		

Local e data

Assinatura Participante / Segurado

**Atenção!** No caso do requerente ser o próprio participante, assinatura deve ser idêntica a da proposta ou ter a firma reconhecida.

### Causa

Queda  Pancada  Corte  Torção  Outras - Especifique:

Descrição clara e circunstancia da situação:

Possui seguro registrado em outras companhias?

Sim  Não Especifique:

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

Nome		RG	CPF
Grau de Parentesco com o segurado:	Opção para receber correspondência:	E-mail	
	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> 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 DE EMISSÃO

---

### ASSINATURA DO DECLARANTE

---

Local e data

Assinatura Participante / Segurado

**Atenção!** No caso do requerente ser o próprio participante, assinatura deve ser idêntica a da proposta ou ter a firma reconhecida.

**RELATÓRIO MÉDICO (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)**

Data do acidente

Data do primeiro atendimento

/ /

/ /

Foi realizado exame de Corpo Delito? Foi realizado exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológica?

Sim  Não

Sim  Não

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

As lesões relatadas são diretamente consequentes de causa traumática?

Sim  Não

Em caso negativo, especifique a doença:

Quais exames foram realizados?

Houve internação hospitalar? Informar data e nome do hospital:

Foi submetido à cirurgia?

Se afirmativo, informar data e quais cirurgias:

Sim  Não

Houve ocorrência de doença anterior relacionada às lesões acima referidas?

Em caso positivo, detalhar:

O paciente encontra-se em tratamento?

Data de alta médica definitiva:

Sim  Não

/ /

Houve perda ou impotência funcional definitiva de membros ou órgãos?

Sim  Não

Se positivo, quais?

Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual (de 0 % a 100%)?

A incapacidade resultante do acidente pode ser considerada:

Temporária  Definitiva e Parcial  Definitiva Total

Sendo a incapacidade temporária, existe a possibilidade de recuperação do paciente, mediante tratamento especializado?

Sim  Não

Em caso afirmativo, especificar:

Data de previsão de alta:

/ /

Em caso de invalidez neuropsíquica, informar:

O segurado está apto a gerir seus próprios bens?

Sim  Não

O segurado está alienado mental de forma total e incurável?

Sim  Não

Na impossibilidade de quantificar a incapacidade em percentual, indicar:

Mínimo  Médio  Máximo

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

