

**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

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

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) _____

Nº do Aviso

Dados do Cliente

Nome do Segurado Principal		CPF	Data de Nascimento	
			/ /	
Nome do Sinistrado (preencher se não for o mesmo do Segurado Principal)		CPF	Data de Nascimento	
			/ /	
Profissão		Renda Média Mensal		
		R\$		
Endereço Residencial			Bairro	
Cidade	Estado	CEP	DDD - Telefone	DDD - Celular

Dados da Apólice

Apólice Nº	Certificado	Tipo de Seguro	
		<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	Invalidez	Em que data o segurado teve conhecimento de sua Invalidez?	
/ /	<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Total	/ /	

Houve afastamentos anteriores:

Não Sim (Data: / /) Especifique o motivo:

Causa

Neoplasia Doenças cardiovasculares Doenças osteomoleculares Doenças infecciosas Doenças do Sistema Nervoso

Outras Especifique:

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

Relatório Médico (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado) (OBS: Os campos marcados com um "*" são de preenchimento obrigatório)

Descreva o quadro clínico atual:*

Data do primeiro atendimento:

/ /

Liste os exames e as datas em que foram realizados:*

Qual o diagnóstico?*

Qual a data do diagnóstico?*

/ /

Há doença ativa?

Não Sim

O tratamento foi concluído?

Não Sim

Data da alta

/ /

Em caso negativo, especifique os recursos ainda disponíveis:

Liste os procedimentos terapêuticos ministrados:*

O quadro clínico atual cursa com alguma disfunção?* Se afirmativo, informe qual*:

Não Sim

Data de início:

/ /

Tempo de evolução:

O paciente encontra-se em tratamento?

Não Sim

Data de alta médica definitiva:

/ /

Há insuficiência e/ou falência orgânica? (Em caso positivo, completar as informações abaixo).

Aviso de Sinistro – Invalidez Funcional Permanente por Doença e Doenças Graves – IFPD/DG



Não Sim

Data de início:

Qual o tempo de evolução da mesma?

/ /

Que órgão, sistema orgânico ou segmento corporal encontra-se acometido?

Quais os indicadores médicos que certificam o estágio clínico atualmente assinalado?

O quadro clínico:

Data da alta

Foi tratado Está sendo tratado Já está tratado (alta médica)

/ /

O segurado apresenta algum dano ou perda funcional na forma de seqüela e/ou déficit?*

Não Sim

Em caso positivo: esse dano é permanente (definitivo por ser intratável)?

Não Sim

Em caso positivo, especifique a seqüela/déficit:*

A repercussão clínica desse dano é parcial?*

Não Sim

Em caso positivo, descreva o grau de prejuízo (limitações físicas e/ou mentas), que não sejam passíveis de tratamento:

Existe limitação/impedimento definitivo?

Não Sim

Havendo dano permanente, limitação física e/ou psíquica, quais as ações cotidianas que o segurado está impedido e/ou dependente de auxílio, inclusive de terceiros, para realizar?

Em caso de não haver quadro clínico incapacitante, que seja gerador de desvantagem que se traduza como perda de autonomia de vida, total e permanente do segurado, favor assinalar*:

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

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento

Local e Data

Assinatura Médico Assistente (necessária firma reconhecida)

Carimbo com CRM/ CPF

, / /

Aviso de Sinistro – Invalidez Funcional Permanente por Doença e Doenças Graves – IFPD/DG



Endereço completo Médico

Telefone

()