
Documentos Necessários – IFPD

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/Conta-Poupança (Modelo 5310-292E) **(Documento fornecido pela Seguradora);**
- Formulário Pessoas Físicas Politicamente Expostas - PPE (Modelo 5310-1642E) **(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 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 da 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.**

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Assistente

01 - Nome do Segurado					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 incapacitante						

21 - Descrição, C.I.D. e data do diagnóstico de outras moléstias (secundárias) que contribuíram diretamente com a incapacidade

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

23 - Indique o tratamento clínico/cirúrgico em regime hospitalar (período/diagnóstico/hospital)

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Assistente

24 - 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.

25 - É doença Profissional? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	26 - Encontra-se o segurado com o quadro clínico estabilizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
27 - Data da caracterização da incapacidade, independente da data do diagnóstico.	28 - Indicar data desde quando tem sido seu médico.
	29 - Foi seu médico durante a moléstia que o invalidou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
30 - Mencione outros médicos que atenderam o segurado anteriormente (nome, endereço e telefone)	

Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras

Declaração de Invalidez Funcional Permanente Total por Doença pelo Médico Assistente

31 - Localidade		Data	
32 - Nome do médico		CRM	
33 - Endereço do consultório (ou outros)			
Telefone		E-mail	
Bairro	Cidade	CEP	UF
34 - Assinatura do médico (com carimbo e CRM)			

Central de Relacionamento
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022
Demais Localidades: 0800 570 0022
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 7h30 às 19h30, 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 para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança

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	Validade
Endereço (Rua, Av.)					N°.
Bairro		Cidade		UF	CEP
Telefone (DDD+ N°.)		E-mail			

Autorizo a Bradesco Vida e Previdência S.A. 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

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022 Demais Localidades: 0800 570 0022 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 7h30 às 19h30, 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.

Pessoas Físicas Politicamente Expostas PPE - Circular 445 Susep

Nome do Segurado/Beneficiário	CPF/MF
-------------------------------	--------

Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? Sim Não
 Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Empresa/Órgão Público	Profissão
-----------------------	-----------

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

Faixa de Renda Mensal

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

Possui relacionamento/ligação com Agente Público? Sim Não
 Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Grau de Relacionamento

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

Nome da Pessoa Exposta Politicamente	CPF/MF
--------------------------------------	--------

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

Declaro, para os devidos fins e sob as penas de lei, que são verdadeiras as informações por mim prestadas e constantes nesta ficha e que deverei manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere.

Local e Data

Assinatura do Segurado/Beneficiário

1- De acordo com o art. 4º da Circular nº 445 de 02 de julho de 2012, consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras:

- I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;
- II - os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União;
- 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 Assembléia 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 aquelas 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.