Orientação para Preenchimento de Formulários de Sinistro.

Prezado (a),

Favor preencher os formulários com os seguintes dados:

Formulário - Aviso de Sinistro: (Não é necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

Nº da Certificado/ Apólice/ Proposta:
93.705.308

Declaração Médica por Doença/ Acidentes Pessoais:

- De acordo com **Resolução CFM nº. 2007/2013**, os médicos não são obrigados a preencherem esse formulário. Se ele preencher, favor **reconhecer firma da assinatura dele**. Caso o médico se recuse a preenchê-lo, por gentileza, fazer uma declaração informando que o médico se recusou a preencher o formulário devido à resolução, assinar e **reconhecer firma da sua assinatura.**

Declaração de Domicílio: (Não é necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

- Caso não tenha comprovante de endereço (água, luz, telefone, gás) em seu nome. Favor preencher a declaração de domicílio.
- Se o segurado não possuir comprovante de endereço, fazer uma declaração de próprio punho informando o endereço que o segurado reside.

Autorização de pagamento: (Não necessário Reconhecer Firma da Assinatura):

- Preencher opção Ordem de Pagamento ou Conta Corrente e informar os dados bancários. Lembramos que é aceita apenas conta corrente.
- Assinar conforme documento de identificação c/ foto (RG, RNE, CNH, etc)

Ficamos a disposição para qualquer esclarecimento adicional no telefone (11) 3147-5962
Whatsapp - (11) 9 7168 5596.
E-mail para contato: seguros2@associacaosabesp.com.br

Atenciosamente,
Departamento de seguros Associação Sabesp.

Documentos Necessários – Morte Natural – Filhos

• Formulário Aviso de Sinistro (Não é necessário reconhecer de firma da assinatura);
• Cópia Autenticada da Certidão de Óbito do segurado/sinistrado;
• Cópia Autenticada da Certidão de Casamento, ou União Estável, ou Certidão de Nascimento: com averbação de óbito do sinistrado;
• Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF, ou CNH da pessoa sinistrada;
• Cópia simples do Comprovante de Residência da pessoa sinistrada; (água, luz, telefone, gás), expedido nos últimos 180 dias;
• Declaração médica preenchida pelo médico assistente, com reconhecimento de firma em cartório da assinatura do médico.
• Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF, ou CNH do beneficiário;
• Cópia simples do Comprovante de Residência do beneficiário, (água, luz, telefone, gás), expedido nos últimos 180 dias;
• Cópia simples dos 3 (três) últimos holerites ou comprovante de pagamento do seguro;
• Comprovante de matrícula em curso técnico ou universidade (se houver)
• Formulário de Autorização de Pagamento (Não é necessário reconhecer de firma da assinatura).

Em algumas situações poderá ser solicitado documentação adicional para finalização do processo.

Envie a documentação completa para o endereço da Associação Sabesp

Rua Treze de Maio, 1642 – Bela Vista – São Paulo/SP – Cep: 01327-002

A/C Área de Seguros

Documentos Necessários
Auxílio Funeral

- **Formulário de Aviso de Sinistro** – (Preenchido pelo responsável pelas despesas com funeral)
- Cópia simples da Certidão de Óbito do segurado/sinistrao;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do segurado principal;
- Cópia simples do Comprovante de Residência do segurado principal, expedido nos últimos 180 dias;
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do responsável pelas despesas com funeral;
- Cópia do Comprovante de Residência do responsável pelas despesas com funeral, expedido nos últimos 180 dias;
- **Notas fiscais originais discriminadas comprovando os gastos em função das despesas ocorridas com o funeral do segurado/sinistrado;**
- **Formulário de Autorização de Pagamento**

OBS. Em algumas situações, poderá ser solicitado documentação adicional para finalização do processo.

Envie a documentação completa para o endereço da Associação Sabesp

Rua Treze de Maio, 1642 – Bela Vista – São Paulo/SP – Cep: 01327-002

A/C Departamento de Seguros

Icatu SEGUROS

Aviso de Sinistro

Assinale uma das opções:
☐ **Previdência**
☐ **Seguro de Vida**

OUT / 2017

Acesse www.icatuseguros.com.br e consulte os documentos que deverão ser anexados a este formulário.

Dados do participante/segurado

Nome Completo			Nº do Certificado/Apólice/Proposta	
CPF	Data de Nascimento	O participante/segurado possui seguro de vida e/ou acidentes pessoais e/ou previdência privada em outra(s) companhia(s)? Quais? ☐ Sim. Especifique: _____ ☐ Não		
Endereço			Número	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
O participante/segurado estava afastado do trabalho? ☐ Sim ☐ Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Data de admissão na empresa (somente para seguro de Vida Empresarial)	
O segurado estava aposentado? ☐ Sim ☐ Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Último dia de trabalho (somente para seguro de Vida Empresarial)	

Coberturas (identifique as coberturas contratadas no certificado do plano)

☐ **Morte Natural**	☐ **Morte Natural do Cônjuge**	☐ **Morte Natural do Filho**	☐ **Morte Acidental**	☐ **Morte Acidental do Cônjuge**
☐ **Invalidez Funcional Permanente por Doença**	☐ **Invalidez Permanente por Acidente**		☐ **Doenças Graves**	☐ **Outras:**

Dados do solicitante

Preencha caso não seja o participante/segurado. ☐ **Participante/Segurado** ☐ **Beneficiário > Parentesco** _____ ☐ **Procurador** ☐ **Curador**

Nome Completo			CPF
Endereço	Número		Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ( )	Cel ( )	E-mail	

Dados do sinistro

Data da ocorrência	Hora da Ocorrência	Local da ocorrência	
Endereço	Bairro	Cidade	UF
Descreva com letra legível como ocorreu o sinistro e as providências tomadas imediatamente após a ocorrência:			
Indicar nome e telefone de quem prestou os primeiros socorros:		Informar nome e telefone do Médico Assistente do participante/segurado:	
Houve intervenção policial? Caso afirmativo, de que tipo?		Houve inquérito policial? Caso afirmativo, em qual delegacia?	

Autorizo, na qualidade de Participante/Segurado/Beneficiário/Representante legal, os médicos, hospitais e laboratórios a prestarem todas as informações solicitadas pela área médica da Icatu Seguros.
Autorizo, ainda, que a Icatu Seguros S/A se utilize do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário

_____
Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome Completo		CPF
Tel ( )	Cel ( )	Grau de Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Outro: _____

Icatu SEGUROS

Declaração Médica por Doença

Assinale uma das opções abaixo

☐ Previdência	☐ Seguro de Vida

Instruções para preenchimento

1. Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;
2. Ao preencher esta declaração, o médico facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos e informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente. Devem-se evitar termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas;
3. Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às "Informações Adicionais" (vide verso).
4. Em caso de falecimento, anexar cópia autenticada da Certidão de Óbito.

Obs: As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm a única finalidade de analisar o processo de benefícios.

Dados do participante/segurado

Número do Certificado ou Proposta	Número do Processo de Sinistro
Nome completo do participante/segurado	Data do evento

Relatório médico

Data que o acidentado solicitou seus serviços profissionais		
Motivos		
Diagnóstico		
Data da primeira visita médica relativa a esta doença	Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta doença?	
O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?	☐ Sim	☐ Não
Em caso positivo, qual(is) intervenção(ões)?		
Em qual(is) data(s)?	Em qual(is) hospital(is)?	
IMPORTANTE		
Em se tratando de patologia que admita Classificação ou Estadiamento, por gentileza, queira especificá-la.		
Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do Segurado segundo a classificação funcional NYHA ou CCS		
EM CASO DE INVALIDEZ PERMAMENTE		
Qual a profissão do paciente e há quanto tempo está impossibilitado de trabalhar?		
Queira declarar, com a possível precisão, a porcentagem da invalidez de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva desta doença		

Icatu SEGUROS

Declaração Médica por Doença

Essa redução deve ser considerada de caráter definitivo ou poderão as partes lesadas, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar? Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?		
Data em que foi considerado inválido definitivamente.		
Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:		
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?	☐ Sim	☐ Não
Tem patologia relacionada com CID 10 Nº F-10?	☐ Sim	☐ Não
Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?	☐ Sim	☐ Não

EM CASO DE MORTE

Local do falecimento	Data do falecimento	Hora do falecimento	
Causa da morte	Primária	Secundária	
O falecido tinha pleno e total conhecimento da existência da patologia que o vitimou?	☐ Sim	Desde quando?	☐ Não
Os familiares tinham conhecimento da doença que o vitimou?	☐ Sim		☐ Não
	Indicar o grau de parentesco e desde quando		
Quando qualquer parente ou amigo do falecido foi consultado pela primeira vez sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?			
Informar outras patologias que possam ter relação com as causas da morte, com as datas dos diagnósticos:	☐ Diabetes ___ / ___ / ____	☐ Hipertensão ___ / ___ / ___	☐ Nefropatia ___ / ___ / ____
	☐ Câncer ___ / ___ / ____	☐ Cardiopatia ___ / ___ / ____	☐ Doença Neurológica ___ / ___ / ____
	☐ AIDS ___ / ___ / ____	☐ Pneumonia ___ / ___ / ____	☐ Outros ___ / ___ / ____ Especifique: _____
Você foi o primeiro médico a estabelecer tais diagnósticos? Em caso negativo, por gentileza, informe-nos quem o fez, informando nome(s) e endereço(s).			
A partir de que data foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias que levaram o Segurado ao óbito? _____ / _____ / _____ . Cite os tratamentos abaixo:			
Informe os resultados e datas da realização dos exames complementares relacionados com as patologias citadas anteriormente.			
Houve inquérito policial a respeito da morte?	☐ Sim		☐ Não
Por que foi executado?			
Foi feita autópsia?	☐ Sim		☐ Não

NOMES DE OUTROS MÉDICOS QUE TENHAM ASSISTIDO O SEGURADO NAS PATOLOGIAS QUE O LEVARAM AO ÓBITO

Nome Completo	
Endereço Completo	Telefone ( )

Icatu SEGUROS

Declaração Médica por Doença

Nome Completo	
Endereço Completo	Telefone ( )
Nome Completo	
Endereço Completo	Telefone ( )

Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente

Dados do Médico Assistente

Nome Completo	CRM
Endereço Completo	Telefone ( )

Afirmo, pela presente, que assisti o segurado desde o dia _____ de _____de _____ até o dia _____ de_____ de _____, que assinei a certidão para Registro Civil e que as respostas acima são completas e verdadeiras.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura do Médico

Icatu SEGUROS

Autorização de Pagamento
Pessoa Física

Assinale uma das opções:
☐ **Previdência**
☐ **Seguro de Vida**

DEZ / 2017

Dados do participante/segurado sinistrado

Número do(s) Certificado(s):		
Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco (Sinistrado) ☐ Cônjuge ☐ Filho ☐ Titular

Dados do beneficiário

Nome Completo				Sexo ☐ Masculino ☐ Feminino
Grau de Afinidade[1]	Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil	CPF
Nº Documento de Identificação[2]	Natureza do Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil ☐ Sim ☐ Não
E-mail	Profissão	Cargo		
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio Estimado[4] ☐ Até R$ 2.500,00 ☐ R$ 2.501,00 a R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 a R$ 10.000,00 ☐ Acima de R$ 10.000,00 ☐ Não			Pessoa Politicamente Exposta?[3] ☐ Sim ☐ Não
Cobertura Pleiteada				

[1] No campo Afinidade, indicar o grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco do beneficiário.
[2] No caso de beneficiário estrangeiro, o passaporte pode ser utilizado como documento de identificação. Para beneficiário menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento pode ser usada como tal.
[3] Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 anos cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE. Para mais esclarecimentos, consulte: www.icatuseguros.com.br/ppe
[4] Em caso Cliente/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço abaixo:

Endereço Residencial				Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ( )	Cel ( )

Dados bancários do participante/segurado/beneficiário (em caso de crédito em conta corrente)

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência / DV	Nome de Agência	Nº da Conta Corrente / DV	CPF do ☐ Participante/Segurado ☐ Beneficiário

- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, a seguradora se reserva ao direito de efetuar o pagamento através de ordem de pagamento no Banco Santander.
- O crédito somente será realizado na conta corrente do participante/segurado/beneficiário. **Não serão aceitas conta corrente de terceiros ou poupança,** exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos, onde é admitida indicação de conta corrente de titularidade do representante legal.
- Quando a opção for pagamento mediante ordem de pagamento, esta será nominal ao beneficiário e, para menores de 16 anos, nominal ao seu representante legal;
- Anexar a este formulário qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados.

Autorização de pagamento

Na condição de _____ (Participante/Segurado/ Beneficiário) do(s) Certificado(s) indicado(s) neste formulário, na hipótese de concessão da cobertura pleiteada, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente do(s) mencionado(s) Certificado(s), a efetuar o pagamento da minha cota parte no capital segurado, devidamente atualizado, na forma abaixo escolhida:

☐ **CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE MINHA TITULARIDADE (NÃO DEVE SER INDICADA CONTA POUPANÇA)**

☐ **ORDEM DE PAGAMENTO DO SANTANDER, SACÁVEL EM QUALQUER AGÊNCIA NO PRAZO DE 33 DIAS ÚTEIS, A CONTAR DA DISPONIBILIZAÇÃO PELA ICATU SEGUROS**

Nesse sentido, após realização do pagamento no valor contratado e na forma acima por mim escolhida, outorgo à Icatu Seguros S/A, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e em que tempo for isentando-a de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura do Participante/Segurado/Beneficiário

_____
Assinatura do Responsável/Representante Legal (quando necessário)

_____
Assinatura da Testemunha (quando necessário)
Nome: _____
CPF: _____

_____
Assinatura da Testemunha (quando necessário)
Nome: _____
CPF: _____

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Profissão	Renda mensal ou Patrimônio estimado[4]	E-mail
Tel ( )	Pessoa Politicamente Exposta?[3] ☐ Sim ☐ Não	Grau de Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Outro: _____

Icatu SEGUROS

Declaração de Residência

Assinale apenas uma das opções:

☐ Capitalização	☐ Previdência	☐ Seguro de Vida

Instruções para preenchimento

1) **Esse formulário deverá ser preenchido caso o cliente não tenha comprovante de residência em seu nome;**

2) **Documentação necessária**

- Cópia do documento de identificação do cliente;
- Cliente menor de idade: Cópias do documento de identificação do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- Clientes interditados: Cópia do documento de identificação e curatela do curador nomeado.
- Clientes impossibilitados de assinar: Cópia do documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante e a procuração.

Dados do Cliente

Nome Completo			Nº do Certificado/Apólice/Título ou Proposta
Data de Nascimento	CPF	Tel ( )	Cel ( )
Nº do Documento de Identificação	Órgão Expedidor	Natureza do Documento de Identificação	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail			

Eu, acima identificado, declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência na Icatu Seguros S/A, que resido no endereço acima. Os dados constantes desta Declaração, são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável.

Local: _____ Data: _____ / _____ / _____

_____
Assinatura do Cliente

_____
Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Tel ( )	Cel ( )	Grau de Afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Outro: _____