

Kit Sinistro

Despesas Médico-Hospitalar - DMH

Prezado(a)

Para melhor atendê-lo, este material contém os formulários e documentos necessários para solicitar a abertura de processo de sinistro, assim como as orientações para envio e o prazo de regulação.

Preenchimento e envio dos documentos:

1. Preencha os formulários solicitados neste arquivo de forma completa e legível ou por meio do site www.zurich.com.br.
Caminho: Atendimento > Atendimento rápido > Sinistro > Escolha o produto.

2. Reúna todos os documentos solicitados no kit sinistro.

3. Digitalize os documentos e envie para o e-mail do seu Corretor. Caso não tenha o contato prossiga conforme orientações abaixo:

- Email

- **Para:** sinistrovida@br.zurich.com

- **Assunto:** Nome / CPF do segurado / Cobertura (morte, invalidez, despesa hospitalar, etc).

- Envie os documentos anexados em formato PDF, não ultrapassando a capacidade total de 20MB.

- Se não for possível por e-mail, a cópia simples da documentação pode ser enviada via Correio.

- Avenida Jornalista Roberto Marinho, 85 – 22º andar. Bairro: Brooklin Novo – São Paulo / SP. CEP: 04576-010 – Aos cuidados da área de Sinistro Vida.

- Coloque os formulários preenchidos e os documentos em um mesmo envelope.

Prazo de análise e finalização do processo de sinistro

De acordo com a regulamentação SUSEP (órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro no Brasil), o prazo para análise do processo é de até 30 dias corridos a partir do recebimento de toda documentação completa (solicitada nesse e-mail), ou seja, a Seguradora iniciará a regulação do processo e a contagem do prazo somente após o recebimento destes documentos.

Caso necessário, nos reservamos ao direito de solicitar documentos complementares necessários ao processo.

Acompanhe seu sinistro

Para receber informações sobre o andamento da sua solicitação de sinistro entre em contato com seu Corretor ou ligue para nossa Central de Atendimento.

Central de Seguros Gerais

4020 4848 (capitais e regiões metropolitanas) / **0800 285 4141** (demais localidades)

Horário de atendimento de Segunda à Sexta-feira 8h às 20h.

Aos sábados 8h às 18h, exceto feriados nacionais.

Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC)

Reclamação, Cancelamento, Elogios e Informações Genéricas sobre seguros.

0800 284 4848 (Território Nacional) / 0800 275 8585 (Deficiente Auditivo)

Lista de Documentos

Despesas Médico-Hospitalar - DMH

	Despesa Médica Hospitalar (DMH)	Para que serve	Como obter
Segurado	CNH ou RG constando o número do CPF (caso não conste encaminhar também o CPF).	São os documentos hábeis que permitem avaliação e análise da Seguradora.	Pode ser entregue pelo próprio segurado.
	Comprovante de residência. Se não houver, declaração com a informação do endereço.	Comprovação do local de residência, datado de, até três meses do aviso do sinistro.	Contas de consumo: água, luz ou telefone fixo.
Sinistro	Aviso de sinistro com o preenchimento do estipulante, segurado/reclamante e médico assistente do sinistrado (modelo da seguradora).	É o formulário padrão de comunicação do evento à Seguradora, por meio do qual o segurado ou a parte interessada formalizará o sinistro, prestando as informações mínimas necessárias.	Disponível no site da Zurich (www.zurich.com.br) e no Kit Sinistro.
	Carteira de trabalho (página da foto e qualificação civil, último registro e posterior - mesmo em branco) ou Contrato de trabalho ou Comprovante de adesão para vínculo associativo.	É o documento oficial que comprova o contrato de trabalho e o desligamento.	Pode ser entregue pelo próprio segurado.
	Prontuário do primeiro atendimento médico-hospitalar	Comprovação do tratamento e diagnóstico médico necessários para análise do sinistro.	SAMU, hospital ou clínica que prestou o atendimento médico.
	Notas fiscais, recibos e receitas médicas originais das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas.	Comprovação dos gastos com as despesas médicas.	Agentes que realizaram os serviços (hospital, clínica, etc).
	Autorização de pagamento/crédito de sinistro e um comprovante dos dados bancários (ex.: cartão do banco, cabeçalho de extrato/saldo).	Realizar o crédito da indenização do seguro.	Disponível no site da Zurich (www.zurich.com.br) e no Kit Sinistro.

Glossário

Despesas Médico-Hospitalar - DMH

Capital Segurado: é o valor total pago pela Seguradora ao segurado ou beneficiário pelo evento contratado.

Sinistro: é a ocorrência de um evento (exemplo: morte, invalidez, etc.) previsto nas coberturas do seguro contratado e que, após análise da Seguradora, poderá resultar no pagamento de uma indenização ao próprio segurado ou aos seus beneficiários por ele indicados ou pelo previsto na Legislação em vigor.

Sinistrado: pessoa com a qual ocorreu o sinistro, podendo ser o segurado titular, seu cônjuge ou filhos.

Solicitante: pessoa que preenche os formulários, reúne e envia os documentos solicitados para abertura do processo de sinistro. Será o nosso ponto focal para contato, se necessário. O solicitante não obrigatoriamente é um beneficiário, podendo ser um representante legal (procurador, tutor, corretor, etc.).

Estipulante/Empresa: pessoa jurídica que contrata um seguro coletivo, e que possui poderes para representar os segurados, conforme legislação em vigor. Podendo ser: Empresas, Associações, Sindicatos, Bancos, Cartões, Escolas, entre outros.

Segurado Titular: pessoa física que contratou o seguro.

Beneficiários: pessoas físicas ou jurídicas, indicadas pelo segurado titular ou determinadas pela legislação vigente, a receber o valor da indenização caso ocorra um sinistro.

Beneficiários indicados: quando o titular indicou quem receberá a indenização do seguro e qual o percentual para cada um.

Beneficiários não indicados: quando o titular do seguro não indicou quem receberá a indenização, os beneficiários serão os determinados pela legislação vigente. Atualmente, de acordo com o artigo 792 do Código Civil Brasileiro, a indenização será dividida entre: o cônjuge/companheiro(a) não separado judicialmente (50% do valor) e os herdeiros legais (50% do valor).

Aviso de Sinistro - Seguro de Vida e Acidentes Pessoais

Despesas Médico-Hospitalar - DMH

1. Dados da apólice

Apólice Nº: _____ Certificado Nº: _____ Estipulante e sub-estipulante: _____

2. Dados do segurado titular

Nome: _____

CPF: _____ Nascimento: _____ Ocupação: _____

Data de admissão: _____ Último dia de trabalho: _____ Renda / Salário - R\$ _____

3. Dados do sinistro

Data da ocorrência: _____

Descrição: _____

Possui seguro em outras seguradoras? Não Sim Se positivo, especifique: _____

4. Dados do solicitante

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

(DDD) Telefone celular: _____ E-mail: _____

Assinatura do solicitante

Local/Data

5. Relatório médico – despesas médico-hospitalar (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Data do primeiro atendimento médico / odontológico:

Emergencial Não Sim

Descrição detalhada das lesões produzidas (diagnóstico/CID definitivos):

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes da causa traumática: Não Sim

Se indiretamente, qual a causa:

Algum defeito físico, lesão ou doença preexistente foi encontrado no acidentado, que não relacionado com o trauma em pauta? Não Sim

Detalhe:

Defeitos Físicos:

Lesões:

Doenças:

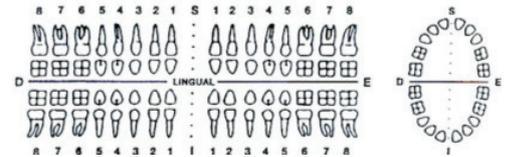
Este defeito, lesão ou doença pode agravar ou aumentar as conseqüências do acidente? Não Sim

Houve agravamento das lesões causadas pelo acidente por falta de cuidados médicos/odontológicos imediatos? Não Sim

O Tratamento efetuado foi de caráter: Definitivo Provisório

Necessitará posteriormente de outro tipo de tratamento na mesma região/dente? Não Sim, descreva abaixo.

Diagnóstico definitivo das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta (especificar com precisão anatômica a sua localização/anexar radiografias dos dentes)



Tratamento médico/odontológico instituído com as respectivas datas (citar remédios do prontuário):

Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com a(s) respectiva(s) data(s) (citar remédios do prontuário):

Houve complicações intercorrentes? Em caso afirmativo descreva abaixo: Não Sim, descreva abaixo.

Nome do Hospital onde foi prestada a Assistência Médica:

Data da Internação:

Data da Alta:

Data da Alta Definitiva:

Tratamento: Tipo:

Período:

Haverá necessidade de atendimento médico/odontológico posterior? Não Sim.

Nome do médico responsável:

CRM:

Local/Data

Assinatura do médico e carimbo

Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro

Despesas Médico-Hospitalar - DMH

Número do sinistro:

Eu,

portador(a) do RG nº

expedido por

em data

e CPF nº

/ CNPJ nº

na qualidade de **FAVORECIDO(A) / BENEFICIÁRIA(A)** do valor referente a indenização do sinistro do segurado

autorizo a Zurich Brasil Seguros a efetuar o respectivo pagamento / crédito da indenização

que me é devida na forma de CRÉDITO EM CONTA, por meio do banco, agência e conta abaixo indicado:

Telefone:

E-mail:

Nº Banco:

Nº Agência/DV:

Conta/DV:

(NÃO DEVE SER INFORMADO CONTA SALÁRIO E BENEFÍCIO)

Declaro que a conta acima mencionada é de minha titularidade e efetuado o pagamento/crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou plena e irrevogável quitação em relação ao valor da referida indenização. E tratando-se da cobertura de IPD/IFDP na forma estabelecida na respectiva cláusula contratual, dou por rescindido e encerrado o contrato de seguro, por seu cumprimento pela Seguradora, comprometendo-me a abster de quaisquer pagamento de toda e qualquer parcela de prêmio.

Assinatura do(a) favorecido(a) ou beneficiário(a)

Local/Data

Importante:

- Não será efetuado crédito em conta de terceiros, conta salário e benefício.
- É obrigatório a apresentação do documento comprobatório para confirmação do nº do banco, agência e conta corrente/DV.
- O não acatamento de conta salário e benefício é para evitar devoluções do crédito.