

Kit Sinistro

Invalidez Funcional por Doença - IFPD

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

Invalidez Funcional por Doença - IFPD

	Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)	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 a identificação do segurado.	Pode ser entregue pelo 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.
	Na falta de preenchimento do formulário de aviso de sinistro, encaminhar relatório médico atestando a doença/acidente com respectivo CID, o início, o tratamento e o período de afastamento.	Comprovação do tratamento e diagnóstico médico necessários para análise do sinistro.	Hospital ou clínica que prestou o atendimento médico.
	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.
	Carta de concessão de afastamento emitido por instituto de previdência ao qual o segurado esteja vinculado.	Comprovação que o segurado foi afastado pelo Instituto de Previdência.	No Instituto de Previdência ao qual segurado tenha vínculo.
	Laudo de concessão da aposentadoria emitido por instituto de previdência ao qual o segurado tenha vínculo (caso o segurado esteja aposentado).	Comprovação que o segurado foi aposentado pelo Instituto de Previdência.	No Instituto de Previdência ao qual segurado tenha vínculo.
	Todos os exames clínicos e laudos radiográficos relacionados a ocorrência de sinistro e perícias que o segurado tenha submetido.	Comprovação do tratamento e diagnóstico médico necessários para análise do sinistro.	Hospital ou clínica que prestou o atendimento médico.
	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.
	Se capital global, enviar ainda: <ul style="list-style-type: none"> • Cópia completa da GFIP (Guia do recolhimento do FGTS) do mês anterior ao sinistro, contendo inclusive a guia de GR quitada; • Declaração do Estipulante informando se até o mês do afastamento existia (m) funcionário (s) afastado (s), contendo inclusive nome completo, data do afastamento e motivo do afastamento e se possível o CID. Caso não haja nenhum afastado, deverá ser feita declaração com esta informação. 	Somente aplicável no caso de seguro na modalidade capital global, para fins de cálculo do capital segurado vigente na data do sinistro.	Empresa contratante do seguro (Estipulante) - Empregador.

Glossário

Invalidez Funcional por Doença - IFPD

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

Invalidez Funcional por Doença - IFPD

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 segurado sinistrado

Tipo de Sinistrado Segurado titular Cônjuge Filho Outros _____

Nome do sinistrado: _____

CPF: _____ Nascimento: _____

Situação na data do sinistro Ativo Aposentado (especificar motivo e data) Afastado Outros (especificar) _____

Afastado do serviço nos últimos 05 (cinco) anos por enfermidade? Se positivo, indique o(s) período(s) de afastamento(s) e motivo(s): _____

4. Dados do sinistro

Data da ocorrência: _____

Descrição: _____

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

5. Dados do solicitante

Nome: _____

Endereço: _____

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

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

Assinatura do solicitante

Local/Data

6. Relatório médico - Invalidez Funcional por Doença

Data da 1ª consulta médica: _____ Qual o diagnóstico da época? _____

Data da última consulta: _____ Qual diagnóstico da última consulta? _____

Data do início da doença que levou a invalidez: _____ De que forma foi diagnosticada a doença? _____

O segurado tinha conhecimento? Não Sim Desde quando? _____

Especifique a(s) doença(s) do segurado que justifiquem sua condição de inválido. _____

A) em se tratando de cardiopatia, informar o enquadramento do segurado segundo a classificação funcional NYHA ou CCS. _____

B) em tratando de patologia que admita classificação ou estadiamento, queira especificá-la. _____

Data que ficou caracterizada a invalidez: _____

Quais tratamentos que o segurado foi submetido até a data da invalidez? _____

Quais exames foram realizados relativos a doença que o invalidou? _____

A enfermidade apresentada pelo segurado determina alguma limitação física? Desde quando? De que tipo e para quais atividades (especificar). _____

O segurado é capaz de gerir seus bens/negócios? Apto para atos da vida civil? _____

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique. _____

O segurado foi tratado anteriormente por outro(s) médico(s)? Não Sim Se positivo, especifique: _____

Nome do médico responsável: _____ CRM: _____

Local/Data

Assinatura do médico e carimbo

Autorização de Pagamento - Crédito de Sinistro

Invalidez Funcional por Doença - IFPD

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.