

# Kit Sinistro

## Morte Natural

---

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](http://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](mailto: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

## Morte Natural

|              | Morte Natural   | 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 beneficiário.   |
|              | Comprovante de residência.<br>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.   |
| Beneficiário | CNH ou RG constando o número do CPF (caso não conste encaminhar também o CPF).  | São os documentos hábeis que permitem a identificação dos beneficiários.  | Pode ser entregue pelo beneficiário.   |
|              | Comprovante de residência.<br>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.   |
|              | Se cônjuge:<br>Certidão de casamento atualizada (com data de emissão pós óbito).  | Documento hábil que comprova estado civil do segurado e a identificação do cônjuge.   | Cartório de registro de pessoas naturais onde foi registrado o casamento.                                    |
|              | Se companheiro(a):<br>Declaração de convivência marital (modelo da seguradora) e/ou carta de concessão de pensão do órgão previdenciário.   | Documento hábil que comprova estado civil do segurado e a identificação do cônjuge.   | Disponível no site da Zurich ( <a href="http://www.zurich.com.br">www.zurich.com.br</a> ) e no Kit Sinistro. |
|              | Se filhos:<br>Caso não haja nomeação expressa pelo segurado, apresentar declaração de únicos filhos (modelo da seguradora).   | Documento hábil que comprova se o segurado teve filhos e a identificação dos mesmos.  | Disponível no site da Zurich ( <a href="http://www.zurich.com.br">www.zurich.com.br</a> ) e no Kit Sinistro. |
| 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 beneficiário.   |
|              | 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 ( <a href="http://www.zurich.com.br">www.zurich.com.br</a> ) 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.  |
|              | Certidão de óbito   | Formalização oficial do óbito.  | Cartório de registros de pessoas naturais onde foi registrado o óbito.                                       |
|              | 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 ( <a href="http://www.zurich.com.br">www.zurich.com.br</a> ) e no Kit Sinistro. |
|              | Se capital global, enviar ainda: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cópia completa da GFIP (Guia do recolhimento do FGTS) do mês anterior ao sinistro, contendo inclusive a guia de GR quitada;</li> <li>Declaração do Estipulante informando se até o mês do óbito 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.</li> </ul> | 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.  |

|                            |  |  |   |
|----------------------------|--|--|---|
| Funeral<br>(se contratado) | CNH ou RG constando o número do CPF (caso não conste encaminhar também o CPF) do responsável pelos gastos com o funeral.         | São os documentos hábeis que permitem avaliação e análise da Seguradora. | Pode ser entregue pelo beneficiário.            |
|                            | Notas fiscais/comprovantes dos gastos funerário (caso não tenha sido acionado a assistência para o funeral no momento do óbito). | Comprovação dos gastos com o funeral.                                    | Agentes que realizaram os serviços (funerária). |

# Glossário

## Morte Natural

**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.

**Cônjuge:** pessoa com que se tem um vínculo matrimonial ou uma união estável. Exemplo: esposo(a), companheiro(a), etc.

**Filhos:** pessoas com idade de até 21 anos considerados dependentes do segurado, de acordo com as regras estabelecidas pela Receita Federal para o Imposto de Renda.

**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).

**Herdeiros Legais:** de acordo com a ordem da vocação hereditária, previsto no artigo 1.829 do Código Civil Brasileiro (legislação vigente), são herdeiros:

- I. Os descendentes (filhos e netos), na falta;
- II. Os ascendentes (pais e avós), na falta;
- III. O cônjuge, na falta;
- IV. Os colaterais (irmãos, tios, sobrinhos e primos).

# Aviso de Sinistro - Seguro de Vida e Acidentes Pessoais

## Morte Natural

### 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) \_\_\_\_\_

Especificar: \_\_\_\_\_

### 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 - Morte natural (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

|  |   |
|--|---|
| Data da morte:   | Causa primária da morte:                    |
| Data da 1ª consulta médica:  | Qual o diagnóstico desta época?             |
| Data da última consulta:   | Qual o diagnóstico da última consulta?      |
| Data início da doença que levou ao óbito:  | De que forma foi diagnosticada esta doença? |
| O segurado tinha conhecimento? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Desde quando? |   |

# Autorização de pagamento - Crédito de Sinistro

## Morte Natural

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.

# Declaração de Convivência Marital Morte

## Morte Natural

Declaro para os devidos fins que eu,

portador(a) de RG nº

e CPF nº

filho(a) de

e

nascido(a) em

mantive união estável com

no período de

até

Desta união não tive filhos.  Desta união tivemos filhos, os quais relacionaremos abaixo:

Estou ciente que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarcirei a seguradora dos prejuízos decorrentes desta, além de responder criminalmente por infração ao artigo 299 do código penal.

Assinatura do(a) companheiro (a)  
(reconhecer assinatura em cartório)

Local/Data

Nome:

CPF:

Nº Identidade:

### Testemunhas

Nome:

Nº Identidade:

CPF:

End.:

Assinatura

Nome:

Nº Identidade:

CPF:

End.:

Assinatura



# Declaração de Herdeiros

## Morte Natural

Declaro(amos), em sã consciência, que \_\_\_\_\_ único/a(s) herdeiros/a(s) legal(ais)

e beneficiário/a(s) do(a) Sr.(a) \_\_\_\_\_ meu/nosso(a)

que faleceu no estado civil de \_\_\_\_\_ o qual \_\_\_\_\_ filhos e

companheiro(a) reconhecido(a) pela Lei Previdenciária, conforme relação abaixo:

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

**Nome completo:** \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

(caso o espaço seja insuficiente, favor dar continuidade no verso)

Estou ciente de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarcirei(mos) a Seguradora dos prejuízos decorrentes desta, além de responder(mos) criminalmente por infração do Artigo 299 do Código Penal.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 20\_\_\_\_

RG nº: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do declarante (reconhecer firma)

**Testemunhas**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ End.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Identidade: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ End.: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura