

Orientação para Preenchimento de Formulários de Sinistro.

Prezado (a),

Por gentileza, preencher os formulários, conforme dados abaixo:

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

Nº do 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 Residência (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 residência e enviar junto ao comprovante de endereço em que reside.
- Se o segurado não possuir comprovante de endereço, fazer uma declaração de próprio punho informando o endereço que o segurado reside.

Autorização de pagamento Pessoa Física (Não é 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 – Invalidez Funcional por Doença (IFPD)

- **Formulário de Aviso de Sinistro (Não é necessário reconhecer de firma da assinatura);**
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do segurado principal
- Cópia simples do Comprovante de Residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias
- **Declaração médica preenchida pelo médico assistente, com reconhecimento de firma em cartório.**
- Cópia simples dos Laudos e Exames referentes à patologia
- Relatório Médico detalhado
- **Formulário de Autorização de Pagamento com reconhecimento de firma em cartório**

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

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? <input type="checkbox"/> Sim. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Não		
Endereço				Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
O participante/segurado estava afastado do trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Desde que data?	Por qual motivo?	Data de admissão na empresa (somente para seguro de Vida Empresarial)	
O segurado estava aposentado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Cônjuge	<input type="checkbox"/> Morte Natural do Filho	<input type="checkbox"/> Morte Acidental	<input type="checkbox"/> Morte Acidental do Cônjuge
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente por Acidente	<input type="checkbox"/> Doenças Graves	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____		

Instruções de preenchimento

- Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico assistente, com assinatura reconhecida em cartório, por semelhança;
- 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;
- 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).

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

Dados do Segurado

Número do Certificado ou Apólice	Número do Processo de Sinistro
Nome completo do segurado	Data do evento

Relatório Médico

Em que data o acidentado solicitou seus serviços profissionais?	
Por quais motivos?	
Qual(is) o(s) diagnóstico(s)?	
Data de sua primeira visita médica relativa a esta doença	Há quanto tempo o paciente esteve ou está sofrendo desta moléstia?
O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica em virtude desta doença?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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	
A condição médica apresentada pelo segurado tem alguma relação com suas atividades profissionais? Caso positivo, especificar.	
Quais tratamentos o segurado está realizando atualmente?	
Quais tratamentos o segurado ainda pode realizar para sua recuperação?	
Em se tratando de perda de visão, qual a acuidade visual em ambos os olhos?	
A enfermidade apresentada pelo segurado determina alguma limitação física? De que tipo e para quais atividades? Especificar.	
Desde quando (a partir de que data) o segurado apresenta estas limitações?	

Em sua avaliação, o segurado tem condições de:			
Deitar-se, levantar-se e deambular sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Higienizar-se sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Vestir-se e despir-se sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Alimentar-se sem auxílio de terceiros?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Controlar seus esfíncteres (defecação e micção)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Justifique
Peso do segurado	Estatura do segurado		
Qual a data em que o(a) segurado(a) passou a ser considerado(a) total e permanente inválido(a) para suas atividades autonômicas e/ou para todo e qualquer tipo de atividade funcional?			
Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:			
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Tem patologia relacionada com CID 10 N° F-10?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Informações adicionais que possam ser prestadas pelo médico assistente			

Dados do Médico Assistente

Nome legível	CRM
Endereço Completo	Telefone ()
Afirmo, pelo 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	

Dados do participante/segurado sinistrado

Número do(s) Certificado(s):		
Nome Completo	CPF	Grau de Parentesco (Sinistrado) <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Titular

Dados do beneficiário

Nome Completo		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	
Grau de Afinidade ¹	Data de Nascimento	Nacionalidade	Estado Civil
Nº Documento de Identificação ²		Natureza do Documento de Identificação	Órgão Expedidor
E-mail		Profissão	Cargo
Data de Admissão	Renda Mensal / Patrimônio Estimado ⁴ <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não		Pessoa Politicamente Exposta? ³ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.icatusseguros.com.br/ppp

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 <input type="checkbox"/> Participante/Segurado <input type="checkbox"/> 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, irrevogada 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)



Assinatura da Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

Nome: _____

CPF: _____

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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Assinale apenas uma das opções:

<input type="checkbox"/> Capitalização	<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____