

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:

- 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.

Autorização de pagamento Pessoa Física **(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**.

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,
Jessica Guedes
Departamento de seguros Associação Sabesp.

Documentos Necessários – Invalidez Permanente por Acidente

- **Formulário Aviso de Sinistro (Não é Necessário Reconhecer Firma);**
- **Formulário de Declaração Médica de Acidentes Pessoais (Reconhecer Firma);**
- Cópia simples da Carteira de Identidade e CPF do segurado principal;
- Cópia simples do Comprovante de Residência do segurado principal, (água, luz, telefone, gás), expedido nos últimos 180 dias;
- Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação (em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado);
- Cópia simples do Boletim de Registro de Acidente de Trânsito (BRAT) em caso de acidente de trânsito;
- Cópia simples dos 3 (três) últimos holerites;
- Cópia simples da carteira de trabalho: Dados Pessoais e Registro;
- Cópia simples do Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT) **(se houver)**;
- Exames Médicos Originais relacionados com a Lesão/Sequela;
- **Formulário de Autorização de Pagamento com Reconhecimento de Firma em Cartório.**

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 Área de Seguros

Tel. 11 3147 5962
seguros2@associacaosabesp.com.br

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

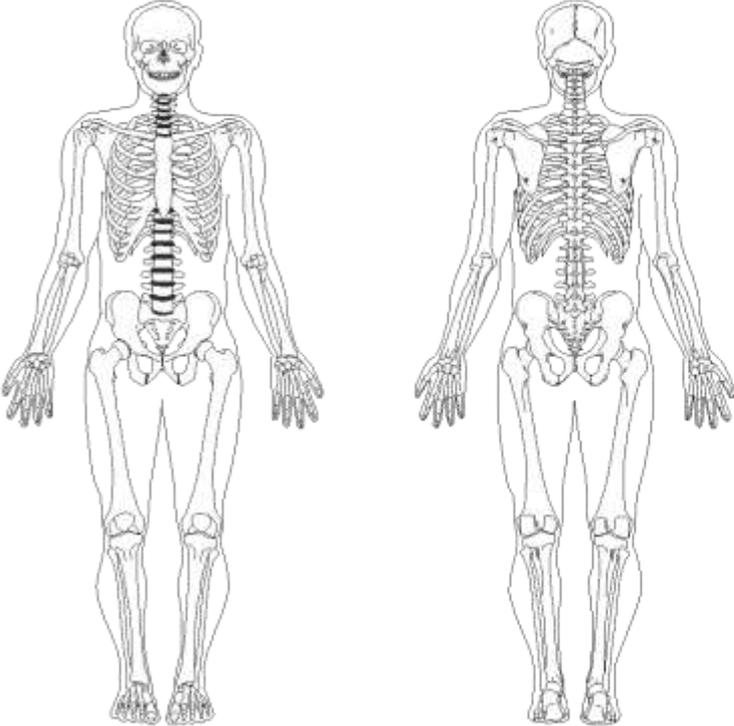
Número do Certificado ou Apólice	Número do Processo de Sinistro
Nome completo do segurado	Data do evento

Relatório médico

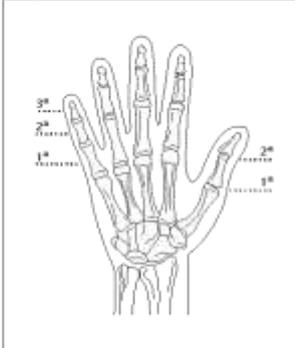
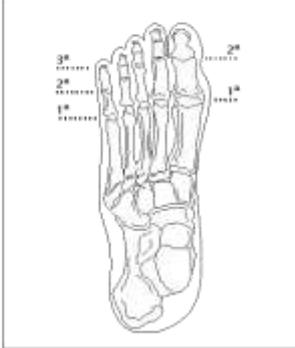
Data em que o acidentado solicitou seus serviços profissionais		
Quais foram as lesões constatadas? Indique a sede, a natureza e a extensão das lesões.		
As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso negativo, descreva as causas:		
Encontrou no acidentado alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso positivo, descreva quais:		
EM CASO DE MORTE		
Em que data e hora ocorreu a morte?		
Qual foi a causa imediata que a determinou?		
A morte resultou exclusivamente dos efeitos do acidente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Outras causas contribuíram para o ocorrido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quais?		
Houve inquérito policial a respeito da morte?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Por que foi realizado?		
Foi feita autópsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE		
Onde foi tratada a vítima?		
Qual foi o tratamento clínico?		
Qual foi o tratamento fisioterápico?		

Qual foi o tratamento cirúrgico?		
Houve complicações?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, quais?		
As complicações foram consequências diretas e imediatas das lesões acidentais?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Alguma causa ou doença pré-existente foi derivada de negligência do acidentado?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Quando atendeu o acidentado pela primeira vez, ele já tivera alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Onde e por qual médico foi prestada? (informar Nome completo, CRM e Telefone)		
Data da alta médica definitiva (considerando o término do tratamento que tenha sido realizado)		
O acidentado encontra-se completamente restabelecido?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se ele ainda se encontra sob os seus cuidados profissionais, qual o tempo necessário para a recuperação integral ou para a consolidação das lesões?		
Em se tratando de Invalidez Neuropsíquica, solicitamos informar se o Segurado:		
Está apto a gerir seus próprios negócios e bens.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
É alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL.	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
As lesões são diretamente de causa traumática?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Qual a causa?		
No seu entender, os defeitos físicos ou doenças pré-existentes podem ter agravado as consequências finais do acidente atual?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Essa redução pode ser considerada de caráter definitivo?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, qual será a percentagem definitiva da redução funcional?		
As partes lesadas poderão, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, qual é o tempo necessário para obter essa melhora e quais as providências que aconselha?		
Favor declarar, com a possível precisão, a percentagem da invalidez ou grau de limitação funcional (mínimo, médio ou máximo) de cada órgão, membro ou parte dos membros lesados, como consequência direta e exclusiva do acidente, bem como indicar as lesões no gráfico abaixo (No verso consta a tabela de indenização).		

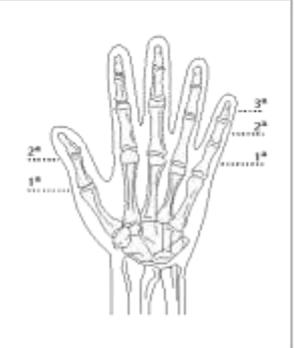
GRÁFICO DAS LESÕES (HACHURAR AS PERDAS E CIRCULAR AS ANQUILOSES E FRATURAS NÃO CONSOLIDADAS).



Esquerdo

Direito




LESÃO OCULAR (acuidade visual): OD _____ OE _____ AO _____

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

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de ambos os olhos	100
Perda total do uso de ambos os membros superiores	100
Perda total do uso de ambos os membros inferiores	100
Perda total do uso de ambas as mãos	100
Perda total do uso de um membro superior e um membro inferior	100
Perda total do uso de uma das mãos e de um dos pés	100
Perda total do uso de ambos os pés	100
Alienação mental total incurável	100
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL - DIVERSAS	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total da visão de um olho	30
Perda total da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
Mudez incurável	50
Fratura não-consolidada no maxilar inferior	20
Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
Imobilidade do segmento torácico-lombo-sacro da coluna vertebral	25
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS SUPERIORES	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros superiores	70
Perda total do uso de uma das mãos	60
Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
Anquilose total de um dos ombros	25
Anquilose total de um dos cotovelos	25
Anquilose total de um dos punhos	20
Perda total do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
Perda total do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
Perda total do uso da falange distal do polegar	09
Perda total do uso de um dos dedos indicadores	15
Perda total do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
Perda total do uso de um dos dedos anulares	09
Perda total do uso de qualquer falange; excluídas as do polegar. Indenização equivalente a 1/3 do valor do dedo respectivo	-
INVALIDEZ PERMANENTE PARCIAL – MEMBROS INFERIORES	
DISCRIMINAÇÃO	% SOBRE O CAPITAL SEGURADO
Perda total do uso de um dos membros inferiores	70
Perda total do uso de um dos pés	50
Fratura não-consolidada de um fêmur	50
Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbioperoneiros (perna)	25
Fratura não consolidada da rótula	20
Fratura não-consolidada de um pé	20
Anquilose total de um dos joelhos	20
Anquilose total de um dos tornozelos	20
Anquilose total do quadril	20
Perda parcial de um dos pés, isto é, perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé	25
Amputação do 1º dedo	10
Amputação de qualquer outro dedo	03
Perda total do uso de uma falange do 1º dedo: indenização equivalente a 1/2, e dos demais dedos, equivalente a 1/3 do valor do respectivo dedo	-
Encurtamento de um dos membros inferiores:	
De 5 (cinco) centímetros ou mais	15
De 4 (quatro) centímetros	10
De 3 (três) centímetros	06
Menos de 3 (três) centímetros	sem indenização

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, 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)



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: _____