

Central de Atendimento:

0800 730 0011

(segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados)

SAC:

0800 730 0012

0800 730 0013

(deficiência auditiva ou de fala, 24h)

Ouvidoria:

0800 200 1020

Acesse:www.prudentialdobrasil.com.br

Documentos necessários para abertura de processo de sinistro Invalidez Funcional Permanente por Doença (IFPD) – Vida em Grupo

Prezado(a) cliente,

Para nós, é importante oferecer a você o apoio necessário neste momento.

Para a abertura do processo de indenização, é necessária a apresentação dos documentos a seguir:

- Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante (anexo).
- Relatório médico (anexo) ou, na impossibilidade de preenchimento deste, informar diagnóstico, tratamento e evolução do quadro clínico em receituário próprio do médico assistente do segurado.
- Cópia de imagens de exames e seus respectivos laudos (datados e assinados), que comprovem o diagnóstico (tomografias, ressonâncias magnéticas, biópsias, anatomopatológicos).
- Cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS (caso esteja aposentado por esse motivo).
- Declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total.
- Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial do segurado/sinistrado (água, luz, gás ou telefone fixo).
- Formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pelo segurado (anexo).

Documentos da empresa:

- Cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada.
- Cópia do último holerite.

Observações importantes:

1. Durante a análise do processo, poderão ser solicitados documentos complementares.
2. O médico que deverá assinar o relatório é aquele que acompanhou o segurado durante o tratamento.
3. A contagem do prazo de regulação do sinistro somente iniciará após o envio da última documentação básica devidamente completa, conforme condições gerais do seguro contratado.
4. No caso de não possuir comprovante de residência em seu nome, é necessário o envio da Declaração de Residência, acompanhada de um comprovante do respectivo endereço.
5. Os exames de imagem devem ser enviados pela nossa caixa postal, constando o endereço para devolução.

Atenção:

1. O segurado se compromete a submeter-se a exame clínico sempre que a seguradora julgar necessário para esclarecimento de condições relacionadas ao quadro clínico incapacitante.
2. Todas as despesas efetuadas com a comprovação do sinistro e a legitimação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença correm por conta do segurado, com exceção dos exames solicitados ou providenciados pela seguradora.
3. As providências que a seguradora tomar, visando esclarecer as circunstâncias do sinistro, não constituem ato de reconhecimento da obrigação de pagamento do capital segurado.
4. Os documentos para abertura do processo de sinistro devem ser encaminhados:
 - **Por e-mail:** Enviar em formato digital para: sinistropessoas@prudential.com ou
 - **Por Correios:**
Enviar as cópias para: Prudential do Brasil Vida em Grupo – Caixa Postal nº 68.003 – CEP 04045-972 – São Paulo/SP.

Atenciosamente,

Prudential do Brasil Vida em Grupo

Autorização para Crédito em Conta

Instruções para recebimento em caso de direito à indenização (se necessário, tirar cópia deste formulário).

Importante:

1. Preencher a autorização para crédito e anexar cópia de comprovante da conta caso o domicílio bancário não seja o banco Itaú (xerox do cartão magnético OU cópia da folha de cheque).
2. Não será efetuado crédito na conta de terceiro e conta benefício do INSS.
3. O CPF informado deverá ser o mesmo que está cadastrado na conta a ser creditada. O preenchimento incorreto acarretará a devolução do pagamento por parte do banco recebedor.
4. Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado.

Declaração(ões) do(s) beneficiário(s)/segurado(s)

1. Eu, _____, autorizo a Prudential do Brasil Vida em Grupo a creditar/enviar a indenização a que tiver direito.

Nome do banco:	Número do banco:	Número da agência:
Número da conta:	Corrente () Poupança ()	CPF:
Telefone para contato:	Profissão:	Remuneração salarial:

Local e data

Assinatura

2. Eu, _____, autorizo a Prudential do Brasil Vida em Grupo a creditar/enviar a indenização a que tiver direito.

Nome do banco:	Número do banco:	Número da agência:
Número da conta:	Corrente () Poupança ()	CPF:
Telefone para contato:	Profissão:	Remuneração salarial:

Local e data

Assinatura

3. Eu, _____, autorizo a Prudential do Brasil Vida em Grupo a creditar/enviar a indenização a que tiver direito.

Nome do banco:	Número do banco:	Número da agência:
Número da conta:	Corrente () Poupança ()	CPF:
Telefone para contato:	Profissão:	Remuneração salarial:

Local e data

Assinatura

Aviso de Sinistro

Número da apólice/certificado:		Nome do produto:	
Segurado:	CPF:	Data de nascimento:	
Sinistrado:	CPF:	Data de nascimento:	
Consequência do evento:			
<input type="checkbox"/> Morte Natural		<input type="checkbox"/> Diagnóstico de Câncer	
<input type="checkbox"/> Morte Acidental		<input type="checkbox"/> Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas	
<input type="checkbox"/> Doenças Graves/Críticas		<input type="checkbox"/> Diária de Internação Hospitalar	
<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente por Doença		<input type="checkbox"/> Incapacidade Física Total e Temporária	
<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente			
Causa do evento: <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente			
Data do evento:	Hora:	Local:	
Foi acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Houve registro policial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
Quando o segurado/sinistrado começou a sentir os primeiros sintomas da doença?			
Descrever com detalhes a maneira como ocorreu o sinistro:			
O segurado possui outros seguros de vida, acidentes ou previdência privada? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Qual seguradora?		Tipo de seguro plano de previdência:	
Nome do reclamante/beneficiário:		CPF:	Parentesco:
Endereço para correspondência:		Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
E-mail:	Fax:	Telefone residencial:	
Telefone comercial:		Telefone celular:	

Local____/____/____
Data_____
Assinatura do reclamante

**Preenchimento pelo empregador (estipulante)
em caso de seguro contratado por meio da empresa**

Empresa:		Apólice:	
Contato:	Telefone:	Fax:	
E-mail:		CNPJ:	

Dados do segurado principal

Nome:	Data de admissão:	Data do último dia de trabalho:
-------	-------------------	---------------------------------

O segurado estava afastado de suas atividades profissionais? () Sim () Não
Motivo do afastamento:

Responder em caso de doença

Quando começou a sentir os primeiros sintomas da doença, o segurado levou ao conhecimento da empresa?

Desde quando o segurado começou a faltar acentuadamente ao trabalho em virtude de doença?

Trabalhou mais quantos dias ou meses depois dos primeiros sintomas?

_____ / ____ / _____
Local Data Assinatura e carimbo da empresa

Relatório Médico

Sr. médico: as informações prestadas por você destinam-se à Prudential do Brasil Seguro de Vida em Grupo e serão mantidas em sigilo, como recomenda a ética médica. Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado. Ao descrever as lesões, deixar uma noção clara de dimensão, localização etc. Em caso de falta de espaço, complementar as informações em folha anexa indicando a referência do item.

Natureza do sinistro

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Doença grave ou neoplasia maligna | <input type="checkbox"/> Invalidez funcional permanente total por doença |
| <input type="checkbox"/> Doença terminal | <input type="checkbox"/> Morte natural |
| <input type="checkbox"/> Incapacidade total temporária por doença | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |

Nome do paciente: _____

1. Data dos primeiros sintomas: / /

2. Data da primeira consulta: / /

3. Diagnóstico principal: _____

4. Desde quando foi seu médico? / /

5. Por qual motivo? _____

6. Foi médico do paciente durante todo o curso da doença? Sim Não

7. Data do início do acompanhamento pela doença atual: / /

8. Exames complementares realizados que comprovam a doença: _____

Se realizada, data da 1ª biópsia: / /

9. Descrever o tratamento e os procedimentos realizados: _____

10. Houve internação hospitalar e/ou tratamento cirúrgico? Sim Não

Especificar o período de internação e o hospital: _____

11. Houve complicações relacionadas? Sim Não
Especificar: _____

12. Descrever as condições gerais e o estado clínico atual:

13. Estão preservadas as relações cotidianas do segurado (capacidade de comunicação, direção de veículos, orientação, pensamento, memória e juízo)? Sim Não

14. É independente para as atividades de vida diária (higiene, locomoção, alimentação etc.)? Sim Não

15. Se doença oftalmológica, anotar a acuidade visual (com correção):

16. Qual a incapacidade identificada no momento?

Parcial Total e permanente Total e temporária por _____ dias Não há incapacidade

17. Há recursos terapêuticos para cura, controle ou reabilitação? Sim Não
Especificar:

18. Informar o tipo de acompanhamento médico atual e o prognóstico da doença.

19. O quadro atual determina a perda da existência independente do indivíduo, ou seja, impede, de forma irreversível, o pleno exercício das relações autônomas: Sim Não

20. Esse quadro caracteriza uma doença em fase terminal? Sim Não

21. Outras doenças identificadas e tratadas em qualquer época que contribuem para o quadro:

22. Nome e telefone dos médicos que atenderam o paciente anteriormente:

Preencher abaixo somente em caso de evolução para óbito

23. Data do óbito: / /

24. Data do último atendimento: / /

25. Hora e local onde foi constatado o óbito:

26. Informar a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte:

27. Causa mortis

Primária: _____

Secundária: _____

28. Foi médico do paciente durante a doença causadora da morte? () Sim () Não

Desde quando? / /

29. Houve alguma causa especial que, direta ou indiretamente (hábitos, ocupação, comorbidades), contribuiu para a morte? () Sim () Não

Especificar:

30. Tempo e evolução da doença até o óbito:

O abaixo assinado, declarante, responsabiliza-se pela exatidão das informações prestadas.

Nome do médico:

CPF:

Nº do CRM:

Endereço (rua, número, complemento):

Cidade:

Estado:

Telefone (DDD, telefone, ramal):

Local_____/_____/_____
Data_____
Assinatura e carimbo do médico assistente

Prudential do Brasil Vida em Grupo S.A.

CNPJ 21.986.074/0001-19

Avenida Paulista, 2064, conjuntos 51 e 52, 7º pavimento, Bairro Bela Vista, São Paulo – SP, CEP 01310-928.

Processo Susep VG 10.004985/99-18 / APC: 15414.900004/2016-71 V 04-2017.