

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

Morte Natural – 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).
- Cópia autenticada da certidão de óbito.
- 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 do documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial do segurado (água, luz, gás ou telefone fixo).
- Formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado por cada beneficiário (anexo).

Além dos documentos acima, enviar também:

Beneficiários:**Para todos os beneficiários:**

- Cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás ou telefone fixo).

No caso de cônjuge:

- Cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito.

No caso de companheiro(a):

- Cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito com averbação de separação judicial de ambos (se for o caso).
- Declaração de companheiro(a), feita por parentes consanguíneos do segurado.
- Prova de companheirismo emitida pela companheira do segurado, ou seja, enviar: carta de concessão por pensão por morte emitida pelo INSS, documento do plano de saúde constando o casal, declaração de imposto de renda, registro de dependência na carteira profissional, entre outros, e cópia do termo de rescisão do contrato de trabalho do segurado.

Documentos da empresa:

- Cópia da ficha de registro de empregado completa e atualizada.
- Cópia do último holerite.
- Cópia do cartão proposta assinado pelo segurado, com a designação de beneficiários. Na falta desse documento, a seguradora deverá ser informada, por escrito, pelo estipulante, da inexistência do mesmo.
- Na falta de indicação de beneficiários, a indenização ocorrerá de acordo com a legislação em vigor (Artigo 792). Nessa situação, além dos documentos indicados acima, enviar:
 - Declaração de herdeiros (anexo), constando todos os herdeiros legais do segurado em uma única declaração, assinado com reconhecimento de firma por autenticidade de todos os herdeiros envolvidos e de mais duas testemunhas.

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 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.
6. Para posição do processo de sinistro, entrar em contato com a Central de Atendimento

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 – Causas Naturais

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 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.