



Seguro Vida Global

Acionamento do seguro

Estamos ao seu lado em todos os momentos, principalmente nos difíceis.

Reunimos aqui os documentos necessários para acionar o seguro.

Cobertura para invalidez



Como prosseguir

Ligue para a Central de Atendimento



Reúna os documentos necessários



Preencha os formulários deste material



Carregue os documentos no Portal de Acionamento

Antes de acionar o seguro, lembre-se:



Para casos de **doença diagnosticada ou invalidez devido a acidente sofrido**, o diagnóstico deve ter acontecido durante o período de vigência do seguro.



Existem **diferenças entre as coberturas** invalidez decorrente de doença e invalidez decorrente de acidente. Confira com a empresa do funcionário qual condição foi contratada.



A **aposentadoria por invalidez** concedida por instituições sociais de previdência (ex.: INSS) **não caracteriza por si só o estado de invalidez**. A comprovação deve ser feita por meio de **declaração médica**.

Cobertura para invalidez

Para acionar essa cobertura, você vai precisar enviar os seguintes documentos:



Importante

Todos os documentos devem ser enviados em formato: JPG, GIF ou PDF.

Tamanho limite: 10 MB

Da empresa

✓ **Cópia completa da GFIP/SEFIP do mês anterior ao acontecimento**

Deve estar com todas as páginas (guia de recolhimento do FGTS e relação de todos os funcionários – RE), constando o nome da pessoa segurada, o número de páginas e relatório analítico (resumo de fechamento) da matriz e filiais.

✓ **Contrato social atualizado até a data anterior ao acontecimento**

Nesse documento estão os dados básicos da empresa, como sócios, endereço, dever de cada sócio, ramo de atuação, entre outros.

✓ **Ficha de registro de empregado**

Deve estar atualizada, constando todos os afastamentos, se houver. Esse documento deve ser enviado se a pessoa segurada for funcionária da empresa.

✓ **Contrato de estágio vigente**

O contrato deve ser enviado se a pessoa segurada for estagiária, pois esse documento formaliza as atividades de trabalho do estudante dentro da empresa.

Do segurado (sócio, funcionário ou estagiário):

- ✓ **Boletim de ocorrência policial ou formulário de Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)**

O CAT deve ser enviado somente em caso de invalidez por acidente.

- ✓ **Documento de identificação da pessoa segurada**

RG, CNH, CTPS ou passaporte com o número. Para casos de acidente em que a pessoa segurada estava conduzindo o veículo, a cópia da CNH deve ser enviada.

- ✓ **Exames e laudos datados e assinados**

Esses documentos devem ser enviados para comprovar a lesão.

- ✓ **Relatório médico após o término do tratamento, constando a alta definitiva e fisioterápica, especificando as sequelas permanentes**

Esse relatório deve informar o grau de redução funcional em porcentagem (quadro clínico definitivo) e deve ter os exames de imagens atuais que foram realizados.

- ✓ **Relatório médico preenchido e assinado, constando a evolução da doença**

Para casos de invalidez funcional permanente e total por doença, deve constar a data da caracterização da invalidez.

- ✓ **Carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS, caso esteja aposentado por esse motivo**

Para casos de invalidez funcional permanente e total por doença, caso a pessoa esteja aposentada por esse motivo.

- ✓ **Formulário de autorização para crédito em conta preenchido e assinado pela pessoa segurada**

Documento disponível no final deste documento.

- ✓ **Cópia do comprovante de endereço da pessoa segurada ou declaração de residência**

Se optar por declaração de residência, esse documento está disponível no final deste documento.

Após anexar os documentos:

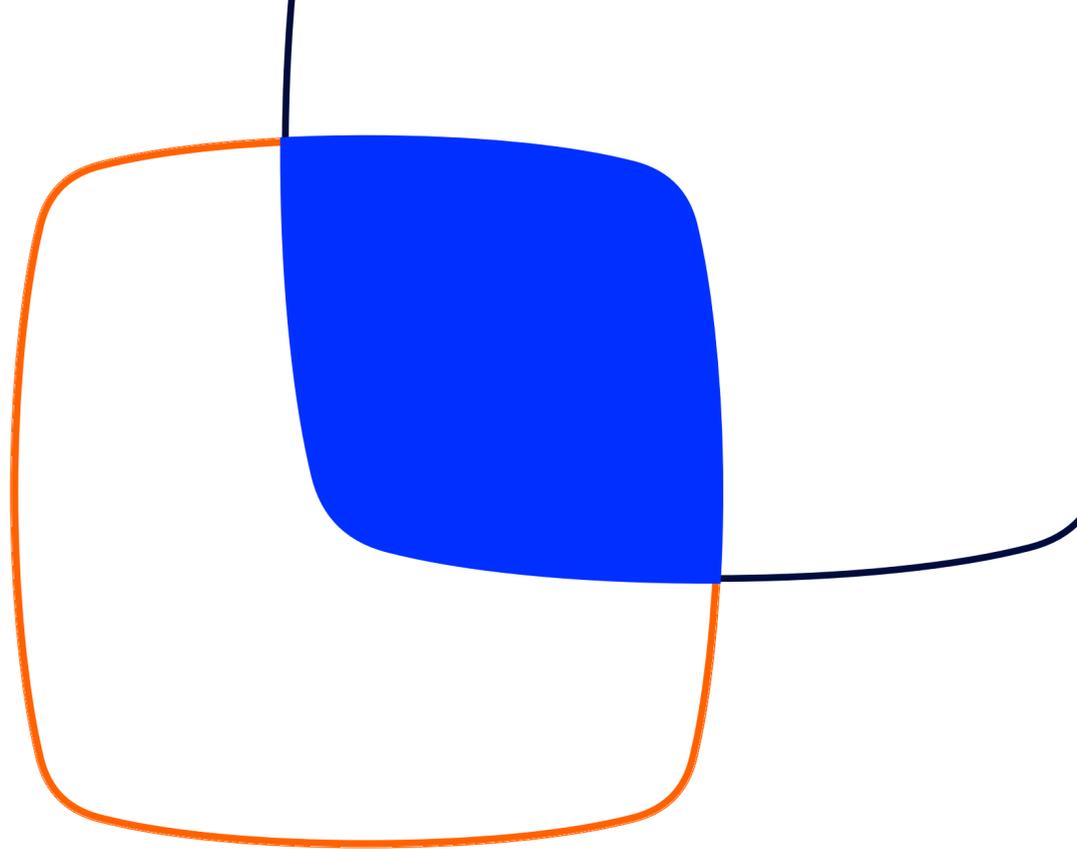
-  A seguradora tem um prazo máximo de 30 dias corridos para analisar seu pedido de indenização. Esse prazo começa a ser contado após toda a documentação ser enviada.
-  Durante a análise do processo, poderão ser solicitados documentos complementares ou documentos originais que comprovem o ocorrido. Certifique-se de que e-mail e telefone cadastrados estejam corretos.
-  A análise do pedido de indenização será feita com base nas condições gerais, especiais e particulares do seguro.

Central Corretora de Seguros:

4004 4444
(capitais e regiões metropolitanas)

0800 727 4444
(demais regiões)

**Confira o que você
precisa preencher
e nos enviar:**



Nome

CPF

Telefone residencial

Telefone celular

E-mail

Nome da empresa

CNPJ

Selecione a garantia

- Invalidez permanente total
ou parcial por acidente
- Invalidez funcional
permanente e total por doença

Dados bancários

Caso seja sócio, enviar conta física do sócio.

Autorizo a Itaú Seguros S.A. a depositar ou enviar a indenização a que tiver direito utilizando os seguintes dados:

Nome do reclamante

CPF

Nome do banco

Tipo de conta

Conta corrente

Poupança

Nº do banco

Nº da agência

Conta

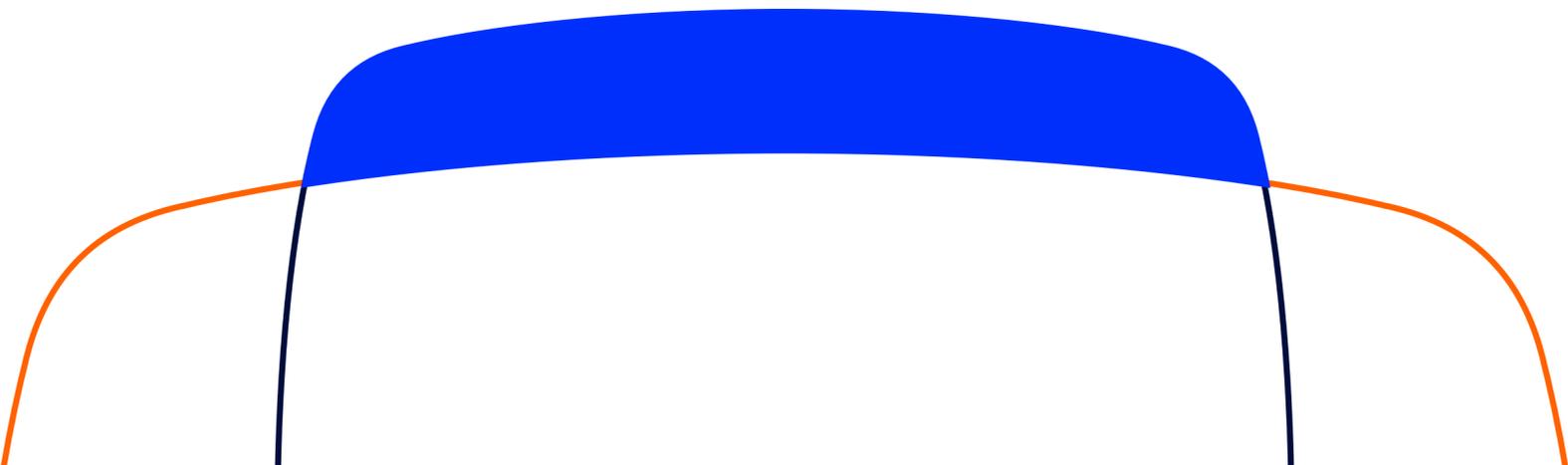
DAC

Profissão

Declaro ainda que, como atividade principal:

- Exerço atividades profissionais com registro em carteira de trabalho
- Sou profissional liberal ou autônomo ou exerço atividades ocupacionais (ex.: estudante, dona de casa etc.).

Assinatura do segurado



Confira as recomendações:

1

Caso sua conta não seja no banco Itaú, você deve preencher a autorização para crédito e anexar cópia de comprovante da conta (xerox do cartão magnético ou cópia da folha de cheque).

 **Atenção:** não podemos creditar o valor a que você tem direito na conta de terceiro, conta jurídica (empresa) ou conta benefício do INSS.

2

O CPF informado precisa ser o mesmo que está cadastrado na conta a ser creditada. Se esse campo for preenchido de forma incorreta, o pagamento será devolvido pelo banco recebedor.

3

Caso o CPF do beneficiário recebedor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado.

4

Em caso de quitação de dívida, o pagamento será efetuado sempre à Financeira. Para as apólices que preveem pagamento de saldo remanescente, efetuamos o pagamento aos beneficiários indicados ou, na ausência destes, aos herdeiros legais, conforme legislação vigente (Artigo 792 do Código Civil).

Declaração de residência

Eu, _____

CPF _____, RG _____, declaro que não

posso qualquer comprovante de residência em meu nome.

Local e data

Assinatura do declarante

Caso possua residência, preencher:
Abaixo, seguem meus dados de residência.

Endereço residencial

Número

Complemento

Cidade

Bairro

Estado

CEP

Telefone celular

Telefone fixo

E-mail

Local e data

