



CONFEDERAÇÃO BRASILEIRA DE FUTEBOL

Rio de Janeiro, 21 de março de 2016.

Ofício DRT 342 / 16

As

Federações Estaduais

Departamento de Registro

Ref.: Contratação do Seguro dos Atletas pela CBF

Prezado Presidente,

Pela presente, vimos informá-lo que a CBF, com o intuito de auxiliar todos os clubes registrados na CBF exonerando-os de mais um encargo financeiro, contratou com a Itaú Seguros S.A. a cobertura do seguro dos atletas de futebol profissional.

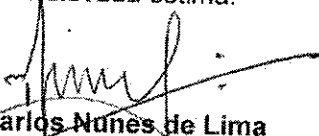
Dessa forma, informamos que o seguro valerá para todos os contratos de atletas profissionais que estão ativos na CBF, e vigorará a partir de 1º de março de 2016.

A cobertura abrangerá os seguintes eventos: morte por qualquer causa; invalidez permanente total ou parcial por acidente; e invalidez funcional permanente total por doença.

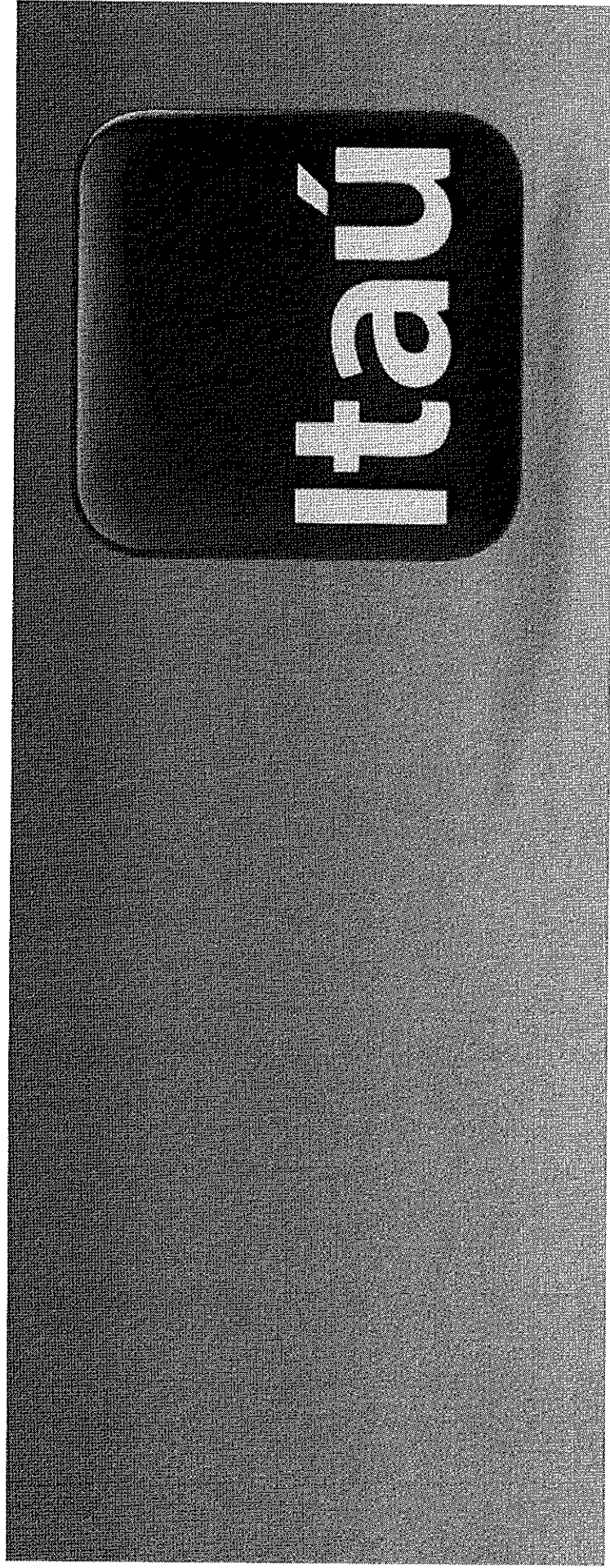
O valor coberto será o de 12 (doze) vezes o salário registrado no contrato especial de trabalho desportivo na CBF, não incluídos os direitos de imagem e limitado a R\$ 1.200.000,00 (um milhão e duzentos mil reais), além de incluir assistência funeral ao titular de até R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Queira encaminhar aos seus filiados, qualquer dúvida entrar em contato com a Diretoria de Registro e Transferência.

Sem mais, renovamos os nossos votos de elevada estima.


Antonio Carlos Nunes de Lima
Presidente em exercício

Seguro de Vida em Grupo
Atletas CBF

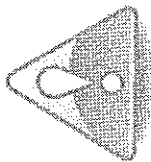


Garantias Atletas

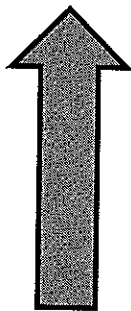


Coberturas	Capital Segurado	Limites
Morte Garante aos beneficiários o pagamento do Capital Segurado Individual, em caso de falecimento do segurado, seja de causa natural ou acidental.	12 vezes o salário	R\$ 1.200.000,00
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente Garante o pagamento total ou parcial, ao próprio segurado titular, de uma indenização limitada até 100% do Capital Segurado Individual, caso ele venha a ficar total ou parcialmente inválido em consequência de lesão física causada por acidente pessoal coberto.	12 vezes o salário	R\$ 1.200.000,00
Invalidez Funcional Permanente Total Garante o pagamento antecipado, ao próprio segurado titular, do Capital Segurado contratado para a garantia, no caso de sua Invalidez Funcional Permanente e Total, consequente de doença que cause a perda de sua existência independente.	12 vezes o salário	R\$ 1.200.000,00
Assistência Funeral Titular	Até 5.000,00	

504



Para maior eficiência na indenização de um sinistro, e atender a vontade do segurado, sugerimos a atualização dos beneficiários anualmente.



Modelo do Formulário para Designação de Beneficiários

DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS
VIDA EM GRUPO

Estipulante:

Nº Contrato/Apólice VG
Nome do Segurado
CPF

Dados dos Beneficiários	Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascto.	%

Na ausência de beneficiários indicados, ou se por algum motivo não prevalecer a indicação que for feita, a indenização será paga nos termos da legislação em vigor, conforme Artigo 792 do Código Civil Brasileiro:

- a) metade ao cônjuge não separado judicialmente;
- b) metade aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária (conforme artigo 1.829 do Código Civil Brasileiro).

O Segurado Titular poderá, livremente e a qualquer tempo, indicar ou alterar, por escrito, os beneficiários.

O beneficiário do Segurado Dependente, quando contratadas as Garantias Suplementares Inclusão de Cônjuge e/ou Filhos, será sempre o Segurado Titular, conforme disposto nas Condições Gerais.

Declaração Declaro que os beneficiários deste seguro são os definidos neste documento, ficando revogada e sem nenhum valor a designação constante no contrato ou em indicações anteriores à presente.

Local	/ /	Data	Assinatura do Segurado
-------	-----	------	------------------------

Para mais informações, entre em contato com o Itaú Seguro Resposta: 0800-4444 (Capitais e Principais Regiões Metropolitanas) ou 0800 727 4444 (Demais localidades). Atendimento 24 horas para serviços de Assistência Financeira e Serviços de Proteção Jurídica e de Saúde. Para mais informações, consulte o Regulamento de Contratos. O Itaú Seguro Resposta ainda é depositada do Cliente o SAC - Itaú (0800 727 0727) e o Itaú Meu Itaú (www.itau.com.br). Se não for entendido o contrato, o Cliente poderá recorrer à Ouvidoria Corporativa Itaú (0800 570 0011, em sua área, das 9 às 18 horas, todos os dias) ou 0800 57 500, CEP 03162-971 Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo 0800 722 1722.

Obs.: Previdência autoriza de produto futuro. Os valores de 14 anos e menores de 18 anos deverão ser repassados ao titular, sob responsabilidade do titular. Não se responsabiliza com a distribuição "Nome SAC: 1624 - Vt. Ass. 1724", devido a política de proteção por assinatura em conjunto com o Itaú e com o responsável, conforme o caso.

Itaú Seguros S.A. (CNPJ nº 15.157.033/0001-67) filial da Companhia Itaú Seguros S.A. (CNPJ nº 15.157.033/0001-67) inscrita no CNPJ nº 15.157.033/0001-67.
Prestadora de seguros de vida e acidentes pessoais. Agência de seguros de vida e acidentes pessoais. Agência de seguros de saúde e acidentes pessoais.
VIA FIANÇAS: 10.000.000.000-18 - Rua Espírito Santo, 991 - 11ª andar - CA Pinheiros - CEP 05423-901 - São Paulo/SP

Assistência Funeral Titular



A Assistência Funeral é um serviço Como solicitar os serviços da Assistência Funeral?

A Assistência Funeral suporta a família na tomada das providências necessárias em caso de falecimento do segurado, desde a liberação de documentos até a realização do funeral.
O beneficiário deve entrar em contato e acionar os serviços por telefone - (Itaú Resolve: 4004-4444 opções 3 / 5 / 2 – Capitais e Regiões Metropolitanas e 0800 727 4444 opções 3 / 5 / 2 – Demais Localidades).

Serviços contemplados

Jogo de paramentos
Livro de presença ou folha para assinatura
Registro em cartório com guia e certidão
Pagamento das taxas de sepultamento e/ou exumação
Sepultamento em jazigo da família ou, não havendo, em jazigo locado pelo período de até 3 (três) anos, na cidade indicada pela família dentro do território nacional ou, caso comprovadamente inviável, na cidade mais próxima
Cremação realizada conforme as condições estabelecidas na legislação
Urna
Arranjo / Ornamentação de urna com flores
Carro fúnebre
Capela para o velório
Coroa de flores e véu
Traslado em todo o território nacional, com transporte do corpo do segurado do local onde ocorreu o óbito até o local de domicílio ou o local de sepultamento

Observação: Serviço limitado à R\$ 5.000,00



Para melhor atendê-lo, seguem abaixo todos os formulários e documentos necessários, juntamente com a orientação de como proceder ao envio.

Procedimentos para envio dos documentos de sinistro

Passo 1: Entre em contato no numero abaixo em nossa Central Itaú Seguros para registrar a retirada do KIT de sinistro;

Passo 2: Preencha com letra legível todos os formulários solicitados;

Passo 3: Reúna todos os documentos e coloque-os em um envelope, juntamente com o Kit em anexo;

Passo 4: Basta postar o envelope para a Caixa Postal informada no KIT de sinistro.

Itaú Seguros – Gerência de Sinistro Pessoas
Caixa Postal nº 69.037
CEP 04045-972 – São Paulo – SP

Importante: siga as recomendações e lembre-se de conferir se todos os documentos solicitados estão sendo enviados e mantenha com você uma cópia de cada um deles.

Lembramos que o prazo máximo para analisar seu pedido de indenização, a partir do recebimento da **documentação completa**, é de 30 (trinta) dias corridos.

Caso tenha alguma dúvida, entre em contato com a Central Itaú Seguros:

- ✓ 4004-4444 (capital e principais regiões metropolitanas)
- ✓ 0800-727 4444 (demais localidades).



DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS VIDA EM GRUPO

Estipulante:	Nº Contrato/Apólice VG
Nome do Segurado	CPF

Dados dos Beneficiários	Nome	Grau de Parentesco	Data de Nascto.	%

Na ausência de beneficiários indicados, ou se por algum motivo não prevalecer a indicação que for feita, a indenização será paga nos termos da legislação em vigor, conforme Artigo 792 do Código Civil Brasileiro:

- a) metade ao cônjuge não separado judicialmente;
- b) metade aos herdeiros do Segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária (conforme artigo 1.829 do Código Civil Brasileiro).

O Segurado Titular poderá, livremente e a qualquer tempo, indicar ou alterar, por escrito, os beneficiários.

O beneficiário do Segurado Dependente, quando contratadas as Garantias Suplementares Inclusão de Cônjuge e/ou Filhos, será sempre o Segurado Titular, conforme disposto nas Condições Gerais.

Declaração Declaro que os beneficiários deste seguro são os definidos neste documento, ficando revogada e sem nenhum valor a designação constante no contrato ou em indicações anteriores à presente.

Local

Data

Assinatura do Segurado

Para mais informações, entre em contato com o Itaú Seguros Resolve: 4004-4444 (Capitais e Principais Regiões Metropolitanas) ou 0800 727 4444 (Demais Localidades). Atendimento 24 horas para Serviços de Assistência e das 6h às 24h para demais informações.
Solução amigável de conflitos: O Itaú Banco coloca ainda à disposição do Cliente o SAC - Itaú (0800 728 0728) e o Fale Conosco (www.itaui.com.br).
Se não for solucionado o conflito, o Cliente poderá recorrer à Ouvidoria Corporativa Itaú (0800 570 0011), em dias úteis, das 9 às 18 horas, Caixa Postal 67.600, CEP 03162-971. Central de Atendimento ao Deficiente Auditivo: 0800 722 1722.

Obs: Preencher e assinar de próprio punho. Os maiores de 14 anos e menores de 18 anos deverão ser representados ou assistidos, em conformidade com a legislação vigente (Art. 1.634 - V e Art. 1.747-I), devendo a proposta ser assinada em conjunto com o pai ou com o responsável, conforme o caso.



Prezado (a) cliente:

Para melhor atendê-lo, seguem abaixo todos os formulários e documentos necessários, juntamente com a orientação de como proceder ao envio.

Procedimentos para envio dos documentos de sinistro

Passo 1: Entre em contato no numero abaixo em nossa Central Itaú Seguros para registrar a retirada do KIT de sinistro;

Passo 2: Preencha com letra legível todos os formulários solicitados;

Passo 3: Reúna **todos** os documentos e coloque-os em um envelope, juntamente com o Kit em anexo;

Passo 4: Basta postar o envelope para a Caixa Postal informada no KIT de sinistro.

Itaú Seguros – Gerência de Sinistro Pessoas
Caixa Postal nº 68.037
CEP 04045-972 – São Paulo – SP

Importante: siga as recomendações e lembre-se de conferir se todos os documentos solicitados estão sendo enviados e mantenha com você uma cópia de cada um deles.

Lembramos que o prazo máximo para analisar seu pedido de indenização, a partir do recebimento da **documentação completa**, é de 30 (trinta) dias corridos.

Caso tenha alguma dúvida, entre em contato com a Central Itaú Seguros:

- ✓ **4004-4444** (capital e principais regiões metropolitanas)
- ✓ **0800-727 4444** (demais localidades).

Atenciosamente,

Itaú Seguros S.A.



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE SINISTRO MORTE NATURAL – VIDA EM GRUPO

Prezado(a) cliente:

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

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

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante
- Formulário Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado por cada beneficiário
- Formulário Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito
- Cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito
- Cópia do Documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial do segurado (água, luz, gás, telefone fixo);
- Cópia do certificado do seguro, se tiver.

Beneficiários indicados pelo segurado:

- Cópia do Documento de identidade, CPF (inclusive para menores de 14 anos) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo) de todos os beneficiários

Além dos documentos acima, enviar também:

No caso de cônjuge:

- Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito

No caso de companheira(o):

- Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito com averbação de separação judicial de ambos (segurado(a) e companheiro (a));
- Declaração de Companheira(o) (modelo anexo);
- Na impossibilidade de apresentação dos documentos acima, enviar algum dos documentos a seguir que comprove a união estável: comprovante de endereço em comum, certidão de nascimento dos filhos do casal, comprovante de dependente no Convênio Médico, comprovante de dependente no Imposto de Renda, comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS ou Registro de Dependência na Carteira Profissional.

Na falta de indicação de beneficiários, a indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nesta situação, além dos documentos indicados acima, enviar:

- Declaração de Herdeiros (modelo 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) Caso não consiga obter algum documento, enviar a documentação possível e informar por carta explicativa o motivo do não envio dos documentos que faltarem.
- 3) O médico que deverá assinar o Relatório é aquele que acompanhou o Segurado durante o tratamento.



Os documentos devem ser enviados via Correio para:

Itaú Seguros – Gerência de Sinistro Pessoas- PJ – Caixa Postal nº 68.037
CEP 04045-972 – São Paulo – SP

Ficamos no aguardo de suas providências para continuidade deste atendimento. Em caso de dúvida, contate o Itaú Resolve 4004-4444 (capital e principais regiões metropolitanas) ou 0800-727 4444 (demais localidades).

Atenciosamente,

Itaú Seguros S.A.



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE SINISTRO MORTE ACIDENTAL – VIDA EM GRUPO

Prezado(a) cliente:

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

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

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo reclamante;
- Formulário Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado por cada beneficiário;
- Cópia da certidão de casamento atualizada após o óbito;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia do Laudo de Necropsia expedido pelo Instituto Médico Legal;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico (se realizados);
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho pela empresa – CAT (em caso de acidente de trabalho);
- Cópia da Carteira de Habilitação – CNH (quando o segurado for condutor do veículo envolvido no acidente);
- Cópia do Documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial do segurado (água, luz, gás, telefone fixo);
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica emitido pela Autoridade Policial (em caso de acidente automobilístico em que o segurado dirigia o veículo).

Beneficiários indicados pelo segurado

Cópia do Documento de identidade, CPF (inclusive para menores de 14 anos) e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo) de todos os beneficiários

Além dos documentos acima, enviar também:

No caso de cônjuge:

Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito

No caso de companheira(o):

Cópia da Certidão de Casamento atualizada após o óbito com averbação de separação judicial de ambos (segurado(a) e companheiro (a));

Declaração de Companheira(o) (modelo anexo);

Na impossibilidade de apresentação dos documentos acima, enviar algum dos documentos a seguir que comprove a união estável: comprovante de endereço em comum, certidão de nascimento dos filhos do casal, comprovante de dependente no Convênio Médico, comprovante de dependente no Imposto de Renda, comprovante de recebimento de pensão por morte expedida pelo INSS ou Registro de Dependência na Carteira Profissional.

Na falta de indicação de beneficiários, a indenização ocorrerá de acordo com legislação em vigor. Nesta situação, além dos documentos indicados acima, enviar:

Declaração de Herdeiros (modelo 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) Caso não consiga obter algum documento, enviar a documentação possível e informar por carta explicativa o motivo do não envio dos documentos que faltarem.
- 3) O médico que deverá assinar o Relatório é aquele que acompanhou o Segurado durante o tratamento.

Os documentos devem ser enviados via Correio para:

**Itaú Seguros – Gerência de Sinistro Pessoas-PJ – Caixa Postal nº 68.037
CEP 04045-972 – São Paulo – SP**

Ficamos no aguardo de suas providências para continuidade deste atendimento. Em caso de dúvida, contate o Itaú Resolve 4004-4444 (capital e principais regiões metropolitanas) ou 0800-702444 (demais localidades).

Atenciosamente,

Itaú Seguros S.A.



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE SINISTRO INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA – VIDA EM GRUPO

Prezado(a) cliente:

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

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

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- Cópia do Documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial do segurado (água, luz, gás, telefone fixo);
- Exames e seus respectivos laudos (datados e assinados) que comprovem o diagnóstico (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc – obs. Exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, sendo posteriormente devolvidos);
- Cópia da carta de concessão de aposentadoria concedida pelo INSS (caso esteja aposentado por este motivo).
- Declaração médica original contendo a data em que a doença foi diagnosticada e caracterizada como invalidez total.

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) Caso não consiga obter algum documento, enviar a documentação possível e informar por carta explicativa o motivo do não envio dos documentos que faltarem..
- 3) O médico que deverá assinar o Relatório é aquele que acompanhou o Segurado durante o tratamento.

Os documentos devem ser enviados via Correio para:

**Itaú Seguros – Gerência de Sinistros Pessoas - PJ – Caixa Postal nº 68.037
CEP 04045-972 – São Paulo / SP**

Ficamos no aguardo de suas providências para continuidade deste atendimento. Em caso de dúvida, contate o Itaú Resolve 4004-4444 (capital e principais regiões metropolitanas) ou 0800-7024444 (demais localidades).

Atenciosamente,

Itaú Seguros S.A.



DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DE SINISTRO INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE – VIDA EM GRUPO

Prezado(a) cliente:

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

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

- Formulário Aviso de Sinistro devidamente preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário Autorização para Crédito em Conta preenchido e assinado pelo segurado;
- Formulário Relatório Médico preenchido e assinado pelo médico assistente do segurado;
- Cópia do Documento de identidade, CPF e comprovante de endereço residencial (água, luz, gás, telefone fixo) do segurado;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial (quando houver registro);
- Cópia da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, em caso de acidente de trabalho;
- Exames e seus respectivos laudos (datados e assinados) que comprovem a lesão (radiografias, tomografias, ressonâncias, ultrassonografias, eletroneuromiografias, etc – obs. Exames que tenham fotos ou raio x deverão ser encaminhados os originais, sendo posteriormente devolvidos);

Em caso de acidente automobilístico, caso o segurado seja o condutor do veículo envolvido no acidente, além dos documentos citados, enviar:

- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação - CNH;
- Cópia do Laudo do Exame de Corpo de Delito, expedido pelo IML, se realizado;
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológico, se realizados;
- Cópia do Laudo da Perícia Técnica emitido pela Autoridade Policial.

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) Caso não consiga obter algum documento, enviar a documentação possível e informar por carta explicativa o motivo do não envio dos documentos que faltarem.
- 3) O médico que deverá assinar o Relatório é aquele que acompanhou o Segurado durante o tratamento.

Os documentos devem ser enviados via Correio para:

**Itaú Seguros – Gerência de Sinistros Pessoas - PJ – Caixa Postal nº 68.037
CEP 04045-972 – São Paulo / SP**

Ficamos no aguardo de suas providências para continuidade deste atendimento. Em caso de dúvida, contate o Itaú Resolve 4004-4444 (capital e principais regiões metropolitanas) ou 0800-7024444 (demais localidades).

Atenciosamente,

Itaú Seguros S.A.



Aviso de Sinistro

Número da Apólice / Certificado:

Nome do Produto:

Segurado:

CPF:

Data de nascimento:

Sinistrado:

CPF:

Data de nascimento:

CONSEQUÊNCIA DO EVENTO

☐ Morte Natural	☐ Invalidez Funcional Permanente por Doença	☐ Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas
☐ Morte Acidental	☐ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	☐ Diária de Internação Hospitalar
☐ Doenças Graves /Críticas	☐ Diagnóstico de Câncer	☐ Incapacidade Física Total e Temporária

Causa do Evento: ☐ Doença ☐ Acidente

Data do evento	Hora	Local	Foi acidente de trabalho?	Houve registro policial?
			☐ Não ☐ Sim	☐ Não ☐ 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?

☐ Não ☐ 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

Celular

Local

_____/_____/_____
Data

Assinatura do Reclamante

Preenchimento pelo empregador (Estipulante) em caso de seguro contratado por intermédio da Empresa

Empresa:	Apólice:	
Contato:	Telefone:	Fax:
Email:	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 V.Sa. destinam-se a Itaú Seguros S.A. 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

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Morte Natural | ☐ Invalidez Funcional Permanente Total por Doença | ☐ Incapacidade Total Temporária por doença |
| ☐ Doença Terminal | ☐ Doença Grave ou Neoplasia Maligna | ☐ Outros: |

Nome Paciente

1. Data dos primeiros sintomas / /	2. Data 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?		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? Especificar o período de internação e Hospital		
11. Houveram complicações relacionadas? ☐ Não. ☐ Sim. Especificar:		
12. Descrever as condições gerais e estado clínico atual		
13. Estão preservadas as relações cotidianas do segurado? (Capacidade de Comunicação, Direção de veículos, orientação, pensamento, memória e juízo).		
14. É Independente para as atividades de vida diária (Higiene, locomoção, alimentação e etc)		15. Se doença oftalmológica, anotar a Acuidade Visual (com correção)
16. A incapacidade identificada no momento é? ☐ Parcial ☐ Total e Permanente ☐ Total e Temporária por _____ dias ☐ Não há incapacidade		
17. Há recursos terapêuticos para cura, controle ou reabilitação? 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 autônômicas? ☐ Sim ☐ Não.		
20. Esse quadro caracteriza uma doença em fase terminal? ☐ Sim ☐ Não.		
21. Outras doenças identificadas e tratadas em qualquer época que contribui para o quadro:		
22. Nome e telefone dos médicos que atenderam o paciente anteriormente		

Em caso de evolução para óbito

23. Data do óbito / /	24. Data do último atendimento / /	25. Hora e local aonde foi constatado óbito?
26. Informar a doença que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente a morte:		
27. Causa Mortis: Primária: Secundária:		
28. Foi médico do paciente durante a doença causadora da morte? Desde quando?		
29. Houve alguma causa especial que direta ou indiretamente contribuiu para a morte? (hábitos, ocupação, comorbidades) especifique:		
30. Tempo de 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 e Data	Assinatura e Carimbo do médico assistente	



AUTORIZAÇÃO PARA CRÉDITO

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 na devolução do pagamento por parte do banco receptor.
4. Caso o CPF do beneficiário receptor esteja inativo, o pagamento não poderá ser efetuado.

Nome do beneficiário/segurado	CPF
-------------------------------	-----

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

Nome do Banco	Número do Banco	Número da Agência
Número da Conta	Corrente () Poupança ()	Telefone para contato
Profissão	Remuneração Salarial	

Local e data _____ Assinatura _____

Nome do beneficiário/segurado	CPF
-------------------------------	-----

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

Nome do Banco	Número do Banco	Número da Agência
Número da Conta	Corrente () Poupança ()	Telefone para contato
Profissão	Remuneração Salarial	

Local e data _____ Assinatura _____

Nome do beneficiário/segurado	CPF
-------------------------------	-----

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

Nome do Banco	Número do Banco	Número da Agência
Número da Conta	Corrente () Poupança ()	Telefone para contato
Profissão	Remuneração Salarial	

Local e data

Assinatura



MODELOS DE DECLARAÇÃO

DECLARAÇÃO DE COMPANHEIRA (O)

Eu, (nome do declarante), portador (a) da cédula de identidade nº (nº do RG), residente à (endereço completo, incluindo cidade, estado e CEP), declaro à Itaú Seguros S/A, que meu (minha) (grau de parentesco com o segurado), (nome do segurado), o qual era segurado(a) pela apólice nº (nº da apólice), faleceu em (data do óbito), na condição de (informar estado civil solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, separado de fato ou divorciado), deixando como companheira(o) a(o) Sra.(Sr.) (nome da(o) companheira(o), com quem vivia maritalmente há (tempo de convivência).

Estou ciente de que, caso esta declaração não traduza a verdade, terei de ressarcir o valor recebido, sem prejuízo das penas a que estarei sujeito, por infração do artigo 299, do Código Penal.

local e data

assinatura do declarante

1ª Testemunha

2ª Testemunha

Observações:

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Eu, (nome do declarante), portador (a) da cédula de identidade nº (nº do RG), CPF nº (nº do CPF), residente à (endereço completo, incluindo cidade, estado, CEP), declaro à Itaú Seguros S/A, que meu (minha) (grau de parentesco com o segurado), (nome do segurado), o qual era segurado(a) pela apólice nº (nº da apólice), faleceu em (data do óbito), na condição de (informar estado civil solteiro, casado, viúvo, separado judicialmente, separado de fato, divorciado ou vivia em união estável), deixando os seguintes herdeiros:

Nome completo	Data Nascimento	Grau de parentesco
•		
•		

Declaro que as informações acima são verdadeiras, e estou ciente de que caso a seguradora receba reclamação de outro(s) herdeiro(s), que não estejam informados acima, terei que ressarcir o valor recebido, sem prejuízo das penas a que estarei sujeito, por infração do artigo 299, do Código Penal.

local e data

assinatura do declarante