
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente do Cônjuge

Para abertura do processo de sinistro, será necessário apresentar cópia simples dos documentos abaixo listados:

Segurado

- ☐ Documento de identificação com foto e CPF
- ☐ Segurado casado: certidão de casamento atualizada
- ☐ Segurado com convivência marital: 3 comprovantes de convivência marital, como por exemplo, Certidão de União Estável emitida em Cartório, declaração de imposto de renda em que conste o interessado como dependente, carta de concessão de pensão por morte emitida por órgão previdenciário, conta bancária conjunta ou quaisquer documentos que possam comprovar o vínculo

Sinistrado

- ☐ Documento de identificação com foto e CPF
- ☐ Comprovante de residência expedido nos últimos 180 dias. Caso não possua em seu nome, enviar comprovante e declaração fornecida pelo titular da conta informando que o mesmo reside neste endereço
- ☐ Formulário de Autorização para Crédito de Indenização (fornecido pela seguradora - Modelo 5310-292E)
- ☐ Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial
- ☐ Habilitação, quando o sinistrado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo
- ☐ Ficha do primeiro atendimento médico ou resumo de alta hospitalar (realizado na data do acidente)
- ☐ Exames de imagem e o respectivo laudo do exame
- ☐ Relatório a ser preenchido pelo médico assistente (médico responsável pelo tratamento do sinistrado), após o término de todos os tratamentos clínicos e fisioterápicos, respondendo os seguintes questionamentos:

a) Data do acidente e descrição detalhada das lesões provocadas

b) Tratamento(s) realizado(s) e data(s)

c) Data do término do(s) tratamento(s) (entendido como a data em que eventual incapacidade ora evidenciada foi verificada pela primeira vez após esgotados todos os recursos terapêuticos para resolução do caso, ou seja, a data de consolidação da sequela).

d) Informar exame físico completo, incluindo a marcha (amplitudes de movimento articular, graus de força muscular, etc.) e eventual(is) sequela(s) funcional(is) de caráter irreversível, objetivo e mensurável e respectiva(s) percentagem(ns) de redução funcional (0 a 100%) da(s) articulação(ões) acometida(s) separadamente.

e) Data de retorno ao trabalho ou aposentadoria por invalidez, se for o caso

1 - O tempo de análise do seu processo dependerá do envio completo da documentação obrigatória e complementar. Caso você ainda não tenha todos os documentos, reúna toda documentação antes de realizar a abertura do processo.

2 - Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.

3 - A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.

4 - A entrega da documentação não implica em prévio reconhecimento da cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência S.A. e Bradesco Seguros S.A. e não obriga, automaticamente, a Seguradora a efetuar o pagamento do Capital Segurado.

Central de Relacionamento
Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022
Demais Localidades: 0800 570 0022
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 7h30 às 19h30, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,
contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Formulário de Autorização para Crédito de Indenização

Dados Pessoais do Segurado/Participante (todos os campos abaixo são de preenchimento obrigatório)

Nome do Segurado/Participante	CPF/CNPJ/MF
-------------------------------	-------------

Dados Pessoais do Beneficiário

Nome Completo (sem abreviações)	Data de Nascimento	CPF/CNPJ/MF
---------------------------------	--------------------	-------------

Grau de Parentesco com o Segurado	Endereço (Rua, Av.)	Nº
-----------------------------------	---------------------	----

Bairro	Cidade	UF	CEP
--------	--------	----	-----

Telefone (DDD+ Nº)	E-mail	Profissão
--------------------	--------	-----------

Domicílio Fiscal (País onde declara o IR)

☐ Brasil

☐ Outro (qual?) _____ ☐ NIF (Nº de identificação fiscal) _____

Faixa de Renda Mensal

☐ Sem Renda ☐ Até 2.500,00 ☐ De 2.500,01 a 5.000,00 ☐ De 5.000,01 a 10.000,00 ☐ Acima de 10.000,00

Atenção

Para que seu pagamento seja processado corretamente, observar as orientações abaixo:

- Os dados bancários informados devem ser de titularidade do próprio beneficiário;
- Não serão aceitas contas de terceiros, inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.);
- Para contas da Caixa Econômica Federal, verificar junto a instituição bancária se a conta possui algum limitador de transação bancária. Caso possua, deverá ser regularizado para que o pagamento possa ser feito.

Conta Bancária			Tipo da Conta (indicar apenas um tipo)	
Nome do Banco	Cód. Banco	Díg.	Conta-Corrente	Conta-Poupança
Cód. Agência		Díg.	☐ Individual	☐ Individual
			☐ Conjunta	☐ Conjunta
Nº da Conta		Díg.	CPF do Titular:	CPF do Titular:

Autorizo a Bradesco Vida e Previdência e/ou Bradesco Seguros a creditar o(s) valor(es) referentes ao(s) Seguro(s) e/ou Plano(s) de Previdência(s) em conta bancária acima indicada, de minha titularidade, para os quais, em sendo pago, dou plena, rasa, irrevogável e irretroatável quitação. Estou ciente que, os valores eventualmente pagos ao participante a título de benefício, em data posterior ao óbito, serão compensados no momento da liquidação do sinistro nas propostas por ele contratadas. Reconheço que o preenchimento deste formulário e a autorização de depósito ora reconhecido, bem como a adoção de demais providências por ventura necessária ao eventual recebimento pleiteado, não implica em prévio reconhecimento de cobertura do sinistro e/ou benefício por parte da Bradesco Vida e Previdência S.A. e/ou Bradesco Seguros e não obriga, automaticamente, a seguradora a efetuar o depósito ora autorizado.

Os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

“Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Vida e Previdência S.A., consulte a nossa Diretiva de Privacidade disponível para consulta em www.bradescoseguranca.com.br”.

Formulário de Autorização para Crédito de Indenização

Pessoas Politicamente Expostas (preenchimento obrigatório)

Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante ou de alta administração em uma organização internacional de qualquer natureza? ☐ Sim ☐ Não

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo:

Empresa/Órgão Público

Nome do Cargo ou Função

Data Início do Exercício

Data Fim do Exercício

Possui relacionamento/ligação com Agente Público que exerce/exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante ou de alta administração em uma organização internacional de qualquer natureza?

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo:

☐ Sim ☐ Não

Grau de Relacionamento

☐ Pai/Mãe ☐ Enteadado(a) ☐ Filho(a) ☐ Companheiro(a) ☐ Cônjuge ☐ Outros: _____

Nome da Pessoa Politicamente Exposta

CPF/MF

Empresa/Órgão Público

Nome do Cargo ou Função

DDD - Telefone

Em caso afirmativo, juntar ao processo cópia simples do holerite/contracheque e/ou declaração do imposto renda

Definição PPE - Pessoas Politicamente Expostas

1 - De acordo com o art 4º da Circular nº 445, de 02 de julho de 2012, consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

I - Os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II - Os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:

a) de ministro de Estado ou equiparado;

b) de natureza especial ou equivalente;

c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e

d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;

III - Os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;

IV - Os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;

V - Os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - Os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal;

VII - Os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

2 - Pessoas politicamente expostas estrangeiras, são consideradas aquela que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro; por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.

* Conteúdo da circular SUSEP pode ser consultado na íntegra no endereço: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

Local: _____ Data: _____

Assinatura

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas
 Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas
 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794
 Demais Localidades: 0800 701 2794
 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144
 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099
 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,
 contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.