

## Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

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

- 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)
- Tabela de Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional, a ser preenchida pelo médico assistente do segurado (fornecido pela seguradora - Modelo 5310 - 622E)
- Laudos de exames referente ao diagnóstico e estágio da doença
- Relatório a ser preenchido pelo médico assistente do segurado (médico responsável pelo tratamento do segurado), respondendo os seguintes questionamentos:
  - a) Diagnóstico(s) da(s) doença(s) e respectiva(s) data(s)
  - b) Descrição e data(s) do(s) tratamento(s) realizado(s)
  - c) Exame físico completo e/ou mental, se for o caso. Descrever o tipo de marcha e a necessidade ou não do uso de apoio para deambular
  - d) Eventuais limitações e restrições físicas das quais o segurado seja portador
  - e) Se o segurado é dependente de terceiros para atividades da vida diária
  - f) Data que foi caracterizada a irreversibilidade da invalidez
  - g) De forma objetiva e concisa se o segurado tem diagnóstico de alienação mental total e incurável (sim ou não) e se o(a) mesmo(a) é capaz de gerir seus bens (sim ou não). Em caso de alienação mental, o representante do segurado deverá apresentar cópia do termo de curatela, se disponível

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 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.

## Tabela de Instrumentos de Avaliação de Invalidez Funcional

**Atenção: é imprescindível o preenchimento de todos os campos.**

Nome do Segurado(a)	CPF/CNPJ/MF
---------------------	-------------

**Para cada item abaixo, assinale alternativa que melhor caracterize o estado clínico atual do segurado:**

<b>Item 1</b>	<input type="checkbox"/> O segurado mantém suas relações interpessoais com capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta-se retido ao lar, tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental.
<b>Item 2</b>	<input type="checkbox"/> O segurado apresenta-se hígido; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta disfunção(ções) e/ou insuficiência(s) comprovada(s) como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e a desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição. <input type="checkbox"/> O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana, mesmo que com a interação de assistência e/ou auxílio técnico.
<b>Item 3</b>	<input type="checkbox"/> O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar seus dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se, mantendo os atos de higiene íntima e de asseio pessoal, sendo capaz de manter autossuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos. <input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência e/ou de auxílio técnico eventuais para trocar de roupas; entrar ou sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e de asseio pessoal, para manter suas necessidades alimentares, misturar ou cortar alimentos, descascar frutas, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com o uso do copo, prato e talheres. <input type="checkbox"/> O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e de asseio pessoal diário, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho com as suas atividades fisiológicas de subsistência alimentar diárias.

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](http://www.bradescoseguranca.com.br)”.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico (com carimbo e CRM)

Afirmo pela presente que as respostas acima são completas e verdadeiras

**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.	<b>Conta-Corrente</b>	<b>Conta-Poupança</b>
Cód. Agência		Díg.	<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Individual
Nº da Conta		Díg.	<input type="checkbox"/> Conjunta	<input type="checkbox"/> Conjunta
			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](http://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.