

NOME DO SEGURADO: _____

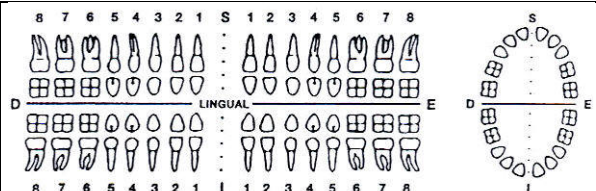
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RESSARCIMENTO

1. Aviso de Sinistro preenchido e assinado (anexo)
2. Relatório Médico preenchido (anexo) na falta deste o prontuário médico
3. Autorização para Crédito de Indenização (anexo)
4. Ficha de Inscrição do membro no Clube (deve ser impressa do S.G.C.)
5. Fatura dos gastos hospitalares
6. Notas Fiscais de Despesas com consultas e exames que devem estar no nome da pessoa que irá receber o reembolso
7. Receituário Médico juntamente com a Nota Fiscal ou Cupom Fiscal (original) dos medicamentos
8. Pedido Médico de Exames
9. Laudos dos resultados dos exames (ex.: Raio X, exame de sangue, ressonância com laudo)
10. Cópia do RG e CPF do segurado (em caso de menor, RG e CPF de um dos pais/responsável) e Certidão de Nascimento, se necessário comprovar (caso o menor não tenha RG, cópia da Certidão de Nascimento e CPF)
11. Cópia do comprovante de endereço do segurado se houver
12. Caso não haja comprovante de endereço do segurado e ele for menor de idade apresentar a declaração do responsável informando que o menor reside no mesmo endereço
13. Cópia do RG e CPF do responsável pelos gastos
14. Cópia do Comprovante de Endereço do responsável pelos gastos
15. Declaração indicando quem pagou as despesas quando não for o responsável e segurado
16. Cópia do Boletim de Ocorrência (quando houver)

DICAS

1. Em caso de sinistro, entre em contato com a ARM para confirmar se o acidente tem previsão de cobertura pelo Seguro Anual. Eles possuem um telefone de Atendimento 24 horas: (61) 98277-4300;
2. Leve o formulário "Relatório do Médico-Assistente" para ser preenchido no momento da consulta. Caso não tenha esse relatório para preencher, a alternativa é solicitar ao hospital o laudo médico ou prontuário do primeiro atendimento. Entretanto essa solicitação pode ser demorada (às vezes até 20 dias úteis) e os hospitais só fornecem estes documentos aos pais/responsáveis legais ou mediante procuração;
3. Ainda no hospital, peça nota fiscal de todos os procedimentos médicos e hospitalares (consulta, exames, medicamentos, etc.), cópia dos pedidos médicos de exames e, quando for possível, dos laudos dos exames (tem exames que demoram alguns dias para ter o laudo emitido);
4. O sinistro deverá ser comunicado pelo diretor do Clube em até 20 dias corridos da data do acidente;
5. Eventualmente pode ser solicitada a Ata da Comissão da Igreja que autorizou o evento e o relatório do evento. Então, em hipótese alguma, faça qualquer atividade sem que tenha sido autorizada pela Comissão da Igreja;
6. Após o envio de toda a documentação, o processo de reembolso pode demorar até 30 dias úteis. Tente combinar com a Comissão da sua Igreja para ela reembolsar o responsável pelo pagamento e ser reembolsada quando sair o reembolso da seguradora.

DADOS DO ESTIPULANTE							
Estipulante						Nº. da Apólice	
DADOS DO SUBESTIPULANTE							
Subestipulante							
DADOS DO SEGURADO/RESPONSÁVEL							
Nome do Segurado				Matrícula		CPF	
Data de Nascimento / /	RG/RNE	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Nacionalidade		Naturalidade	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Endereço							
Bairro			Cidade	Estado		CEP	
Telefone (DDD)			Fax	E-mail			
DADOS DO ACIDENTE							
Data da Ocorrência			Horário	Local da Ocorrência			
Descreva como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências:							
DADOS DAS TESTEMUNHAS (Indique as pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado, após o acidente)							
Nome							
Endereço					Telefone (DDD)		
Nome							
Endereço					Telefone(DDD)		
INFORMAÇÕES GERAIS							
Indique o nome da pessoa que prestou os primeiros socorros, a data e horário desta providência			Data	Horário			
Intervi alguma autoridade? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se realizado informe o Nº do BO (Boletim de Ocorrência)				Nº do Distrito Policial		
Onde está atualmente o acidentado? <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Outro Local indique:							
Outras Informações que julguem necessárias:							
DADOS DO PAGAMENTO PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE							
O pagamento deverá ser emitido em nome de:				CPF/CNPJ			
Nome do Banco		Nº do Banco		Agência		Conta Corrente	
Local		Data		Nome e Assinatura do Responsável pelas Informações			
PROCEDIMENTOS EM CASO DE ACIDENTE							
<ol style="list-style-type: none"> O seguro sistema de livre escolha, proporciona ao segurado acidentado atendimento pelo médico ou dentista em hospital de sua opção. Entregar os formulários: Aviso de Acidente e Relatório do Médico-Assistente ao médico ou dentista que prestou atendimento. Anexar aos formulários às receitas médicas, notas fiscais originais com carimbo de quitação ou recibos de farmácias (com remédios do tratamento discriminados), hospitais, clínicas ou profissionais (especificando os valores de diárias hospitalares, honorários profissionais, exames, medicamentos e etc.). Anexar o Boletim de Ocorrência quando houver interferência Policial e CNH caso o segurado seja o condutor do veículo. Anexar documentos do segurado (acidentado) e do CPF e RG/RNE do favorecido para emissão do crédito em conta. A MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A. reserva-se ao direito de solicitar, a qualquer tempo documentos que auxiliem na elucidação do evento em questão. Fica entendido e acordado que o médico-assistente do segurado, se solicitado deverá prestar informações à MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência, como seu representante ou responsável médico. O reembolso será efetuado pela MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência de acordo com as Condições Gerais e Especiais da apólice acima mencionada. Em conformidade às normas do Ministério da Fazenda, os recibos médicos/odontológicos devem ser sempre unitários, com tipo de tratamento e data dos serviços prestados especificados, devidamente carimbados, assinados e lavrados em papel timbrado com os números do CRM/CRO, CNPJ e ISS do Médico-Assistente/Dentista. O encaminhamento do Recibo de Despesas Hospitalares, quando necessário, deverá ser acompanhado da respectiva fatura claramente discriminada quanto à natureza dos serviços prestados. Os medicamentos ministrados deverão ser discriminados separadamente 							
Observação: Na ausência dos dados para crédito em conta corrente o cheque correspondente será emitido a favor do interessado descrito nas notas fiscais, Não sendo de responsabilidade da MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência S.A. a posterior troca do cheque por falta ou erro na informação do beneficiário correto.							
O aviso não caracteriza cobertura securitária nem a responsabilidade pelo sinistro, deixando-o pendente, até que os itens acima sejam cumpridos integralmente.							

DADOS DO ATENDIMENTO		SEGURADO:	
Data do primeiro atendimento médico/odontológico		Emergência? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Descrição detalhada das lesões produzidas (diagnóstico/CID definitivos):			
As lesões constatadas são diretamente conseqüentes da causa traumática: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Se indiretamente, qual a causa:	
Conseqüências do Acidente <input type="checkbox"/> Assistência Médica (DMHO) <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Parcial		<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total <input type="checkbox"/> Invalidez Temporária	
Tempo necessário para que o acidentado volte a exercer suas ocupações habituais?		Dias	Meses Anos
Algum defeito físico, lesão ou doença preexistente foi encontrado no acidentado, que não relacionado com o trauma em pauta? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Detalhe: Defeitos Físicos:		Lesões: Doenças:	
Este defeito, lesão ou doença pode agravar ou aumentar as conseqüências do acidente? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Houve agravamento das lesões causadas pelo acidente por falta de cuidados médicos/odontológicos imediatos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
O Tratamento foi efetuado foi de caráter <input type="checkbox"/> Definitivo <input type="checkbox"/> Provisório		Necessitará posteriormente de outro tipo de tratamento na mesma região/dente? Caso afirmativo descreva: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
Descreva:			
Diagnóstico definitivo das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta (especificar com precisão anatômica a sua localização/anexar radiografias dos dentes)			
			
Tratamento médico/odontológico instituído com as respectivas datas (citar remédios do prontuário):			
Descrição do ato(s) cirúrgico(s) com a(s) respectiva(s) data(s) (citar remédios do prontuário):			
Houve complicações intercorrentes? Em caso afirmativo descreva abaixo: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Nome do Hospital onde foi prestada a Assistência Médica:			
Data da Internação / /	Data da Alta / /	Data da Alta Definitiva / /	
Tipo e período do tratamento fisioterápico			
Haverá necessidade de atendimento médico/odontológico posterior? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Descreva as seqüelas de caráter permanente, porventura existente: (no caso de amputação de mão ou pé especificar com precisão anatômica sua localização)			
Nome do Médico/Dentista:			
Especialidade	Tel. P/ contato	CRM/CRO	
Endereço	Cidade	Estado	
Local	Data	Assinatura e Carimbo do Médico /Dentista	
Atenção: É obrigatório o carimbo e a assinatura do profissional responsável pelas informações prestadas.			

OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO COMPLETO
PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO DE LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, CONFORME CIRC SUSEP 445/2012.

Anexar a este formulário cópia simples do CPF ou CNH e comprovante de residência do beneficiário.

Segurado	CPF
----------	-----

BENEFICIÁRIO

Nome completo do beneficiário

RG

CPF

Grau de parentesco

Profissão

Endereço

Número

Complemento

Cidade

Estado

CEP

Email

Telefone (DDD)

FAIXA DE RENDA MENSAL DO BENEFICIÁRIO SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 DE 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 DE R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 DE 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.001,00

Caso não possua renda, informar patrimônio estimado:

ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)* - Conforme tabela no verso.

PEP - Pessoa Exposta Politicamente, expressão utilizada para se referir aos agentes públicos que ocupam ou tenham ocupado, nos últimos 5 anos cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Beneficiário – Pessoa Exposta Politicamente? Não Sim

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

FORMA DE PAGAMENTO Conta Corrente Conta Poupança

Variação / Operação:

Banco nº:

Nome do Banco:

Agência nº / DV :

Conta nº / DV:

***O crédito bancário só poderá ser realizado em conta de titularidade do beneficiário acima identificado. Sendo conta conjunta, o beneficiário deverá ser o 1º titular.**

*** Não será efetuado crédito em conta salário e conta benefício do INSS.**

IMPORTANTE:

*Em caso de dúvidas, o conteúdo da Circular Susep 445/2012 poderá ser consultado na íntegra, através do Site: www.susep.gov.br, (consulta de Atos Normativos).

* Após a contratação de cobertura, o depósito da indenização securitária fica condicionado à exatidão dos dados bancários acima.

* O pagamento para menores de idade, será efetuado por meio de conta corrente/poupança em nome do menor, indicada por seu representante legal.

* Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

* Dados incompletos/ incorretos ou ainda, se a conta corrente ou conta poupança possuir restrições de valores a receber, implicará a não realização do pagamento.

* Os pagamentos por contas poupanças (peculiares específicas):

Banco do Brasil (Banco 001) – Variação 51 (contas atuais) e 96 (contas antigas)

Caixa Econômica Federal (Banco 104) – Operação: 013 (Pessoas Físicas).

* O pagamento em conta Caixa Fácil é limitado à R\$ 3.000,00.

DECLARO QUE A ASSINATURA DO PRESENTE TERMO NÃO IMPLICA NO RECONHECIMENTO DO DIREITO À INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA, COM A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO, OUTORGO À SEGURADORA A MAIS AMPLA, RASA, GERAL, IRRESTRITA E IRREVOGAVEL QUITAÇÃO DO VALOR INDENIZADO, PARA NADA MAIS RECLAMAR, EM JUÍZO OU FORA DELE, RELACIONADO AO REFERIDO EVENTO.

Local / Data

Assinatura do beneficiário

Nome do representante legal (se incapaz)

Primário: são pessoas que exercem ou exerceram nos últimos 5 anos um dos seguintes cargos públicos.			
Código	Pessoas Politicamente Expostas Brasileiras	Código	Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras
31	Defensor Público Geral da União	01	Chefes de Estado e de Governo
4	Deputado Federal	02	Políticos de Alto Nível
9	Diretor de Autarquia Federal ou equivalente	03	Altos Servidores dos Poderes Públicos
15	Diretor de Empresa Pública Federal ou equivalente	04	Magistrados ou Militares de Alto Nível
12	Diretor de Fundação Pública Federal ou equivalente	05	Dirigentes de Empresa Pública
18	Diretor de Sociedade de Economia Mista Federal ou equivalente	06	Dirigentes de Partido Público
32	Governador		
21	Membro de Tribunal Superior		
19	Membro do Conselho Nacional de Justiça		
22	Membro do Conselho Nacional do Ministério Público		
20	Membro do Supremo Tribunal Federal		
29	Membro do Tribunal de Contas da União		
44	Membro Forças Armadas		
46	Membro de Instituições de Ensino		
5	Ministro de Estado		
40	Prefeito de Capital de Estado		
1	Presidente da República		
35	Presidente de Assembléia Legislativa/ Câmara Distrital		
7	Presidente de Autarquia Federal ou equivalente		
42	Presidente de Câmara Municipal de Capital de Estado		
38	Presidente de Conselho de Contas de Estado/ Distrito Federal		
39	Presidente de Conselho de Contas de Municípios		
13	Presidente de Empresa Pública Federal ou equivalente		
10	Presidente de Fundação Pública Federal ou equivalente		
16	Presidente de Sociedade de Economia Mista Federal ou equivalente		
36	Presidente de Tribunal de Contas de Estado/Distrito Federal		
37	Presidente de Tribunal de Contas de Municípios		
34	Presidente de Tribunal de Justiça		
45	Procurador Geral Eleitoral		
27	Procurador-Geral da Justiça Militar		
23	Procurador-Geral da República		
28	Procurador-Geral de Justiça de Estado/ Distrito Federal		
30	Procurador-Geral do Ministério Público junto ao TCU		
26	Procurador-Geral do Trabalho		
6	Secretário Especial		
3	Senador		
25	Subprocurador-Geral da República		
33	Vice-Governador		
41	Vice-Prefeito de Capital de Estado		
2	Vice-Presidente da República		
8	Vice-Presidente de Autarquia Federal		
43	Vice-Presidente de Câmara Municipal de Capital de Estado		
14	Vice-Presidente de Empresa Pública Federal		
11	Vice-Presidente de Fundação Pública Federal		
17	Vice-Presidente de Sociedade de Economia Mista Federal		
24	Vice-Procurador-Geral da República		
47	Vice-Procurador-Geral da Justiça		
48	Vice-Procurador-Geral Eleitoral		
Secundário: são pessoas que possuem relacionamento ou ligação com as pessoas enquadradas no item anterior (Primário), observando-se os seguintes parâmetros de relacionamento.			
Familiares	Código Relacionamento		
Pai e Mãe	00001		
Filhos (as)	00002		
Cônjuge (esposa ou esposo)	00003		



**MAPFRE
SEGUROS**

FORMULÁRIO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO – PESSOA FÍSICA

Companheiro (a)	00004
Enteado (a)	00005

Relacionamento Próximo (por definição interna)	Código Relacionamento
---	------------------------------

Representante ou procurador de PPE Primário	00006
Assessor ou Assistente Parlamentar de PPE Primário	00007
Assessor ou Assistente Técnico de PPE Primário	00008
Assessor ou Assistente Jurídico de PPE Primário	00009
Sócios	00010
Profissional	00011
Comercial	00012
Parentes não constantes do quadro anterior	00013

Declaro, para os devidos fins, que as informações contidas neste documento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, bem como as penalidades por quaisquer informações falsas.

Declaro, para os devidos fins, que as informações contidas neste documento são verdadeiras e assumo o compromisso de apresentar, quando solicitado, os comprovantes originais, bem como as penalidades por quaisquer informações falsas.