



PREENCHIMENTO DOS FORMULÁRIOS DE INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

Todos os campos devem ser preenchidos corretamente não podendo haver qualquer tipo de rasura.

- ✓ **Aviso de Sinistro:** Deve ser preenchido com os dados do segurado e da empresa. Devem ser preenchidos os dados bancários do segurado. A assinatura do requerente deve ter firma reconhecida em cartório.
- ✓ **Relatório médico:** Documento a ser preenchido pelo médico que atendeu o segurado na data do evento

O QUE É...?

Segurado/Sinistrado = Titular do seguro

Beneficiário = Herdeiros do titular do seguro

Estipulante = Empresa contratante do seguro de vida

Evento = Causa da morte ou invalidez, o que aconteceu com o segurado

CÓPIAS DE DOCUMENTOS

Relatório Médico

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença

Cópia Simples

Comprovante do vínculo com o estipulante;

Documento que comprove o pagamento do prêmio referente ao período de cobertura em que ocorreu o evento;

Cédula de Identidade, CPF e comprovante de residência do mês do evento do Segurado;

Exames laboratoriais de diagnóstico da doença.

Documento Original

Relatório médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico assistente, com firma reconhecida, detalhando a natureza da doença e o grau de invalidez, com data de diagnósticos, exames e tratamentos realizados, bem como **a data da caracterização da Invalidez.**