

Produto

Cobertura

Seguro de Vida

Invalidez - Invalidez Funcional Permanente
Total por Doença

Documentos

Formulário Aviso de Sinistro

Cópia simples e legível da Carteira de Identidade e CPF do segurado principal

Cópia simples e legível do Comprovante de Residência do segurado, expedido nos últimos 180 dias

Formulário Declaração Médica por Doença - IFPD, preenchida e assinada pelo médico assistente, com reconhecimento de firma em Cartório, por semelhança

Relatório Médico detalhado, preenchido pelo médico-assistente do Segurado, indicando o início da doença, qualificado pela data em que esta foi efetivamente diagnosticada, detalhando o Quadro Clínico Incapacitante irreversível

Cópia simples e legível dos Laudos e Exames referentes à patologia

Cópia simples e legível da FRE - Somente para Seguros Empresariais

Cópia simples e legível da GFIP e SEFIP - Somente para Seguros Empresariais

Formulário Autorização de Pagamento de Indenização por meio de crédito, exclusivamente em conta corrente ou ordem de pagamento, devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário (segurado principal)

Prefere enviar pelos Correios?

Envie a documentação para o Centro de Documentação – CEDOC:

Av. Oscar Niemeyer, 2000 - 19º andar - Porto Maravilha, 20220-297, Rio de Janeiro-RJ
ou Caixa Postal 6577, Rio de Janeiro-RJ – Cep 20030-970