

Faz Aki Seguros Corretora de Seguros

Manual para Sinistro em Seguros de Vida e Acidentes Pessoais

CONCEITO DE ACIDENTE PESSOAL: "Para fins de seguro, Acidente Pessoal é o evento exclusivo e diretamente externo, súbito, involuntário, violento, causador de lesão física que, por si só e independentemente de toda e qualquer causa, tenha como consequência direta a morte ou a invalidez do segurado ou torne necessário um tratamento médico."

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPD)

Garante ao segurado a antecipação do pagamento da indenização relativa ao capital da garantia básica (Morte por Qualquer Causa), caso ele venha a se tornar total e permanentemente inválido, para toda e qualquer atividade que resulte em remuneração ou lucro, em consequência de doença, da qual não se pode esperar recuperação ou reabilitação com os recursos terapêuticos disponíveis no momento de sua constatação. Para efeito de invalidez permanente total por doença, não estarão cobertos, em momento algum, os segurados aposentados ou que venham a se aposentar durante a vigência do Contrato de Adesão à Apólice de Vida em Grupo do plano, mesmo que se encontre em plena atividade de trabalho. A invalidez permanente total por doença deve ser comprovada através de declaração médica ou de laudo de concessão do benefício pela Entidade de Previdência Oficial a que o segurado estiver vinculado.

Importante: Para fins de cobertura de um sinistro de IPD, toma-se como base o dia seguinte ao último dia de trabalho do segurado. Após o pagamento da indenização de IPD, o segurado é automaticamente excluído da apólice.

FUNCIONÁRIOS AFASTADOS

Os funcionários que vierem a se afastar após o início de vigência da apólice terão os direitos às coberturas do seguro preservada como se em atividade estivessem, desde que a empresa contratante recolha normalmente os prêmios mensais.

Os funcionários afastados por acidente ou por doença deverão ser comunicados imediatamente à Faz Aki Seguros, através de carta/fax/e-mail, informando nome do segurado, data, motivo da ocorrência e salário. Caso o funcionário retorne as atividades sem sequelas.

BENEFICIÁRIOS

É a pessoa que recebe a indenização e sua designação é feita pelo próprio segurado. Em função de o seguro dispensar o preenchimento de cartão-proposta, em caso de sinistro de Morte (natural ou acidental), a indenização será paga conforme segue:

SITUAÇÃO	BENEFICIÁRIOS
Casado sem filhos	Cônjuge
Casado com filhos maiores	50% para o cônjuge e 50% para os filhos
Casado com filhos menores	Cônjuge
Solteiro(a) sem companheira(o) e sem filhos	Pais
Solteiro(a) com companheira(o) e sem filhos	A(o) companheira(o)
Solteiro(a) sem companheira(o) e com filhos	A(o)s filho(a)s
Solteiro(a) com companheira(o) e com filhos	50% p/ a(o) companheira(o) e 50% p/os filhos.

Separados	Condição de solteiro se separado há mais de 5 anos
-----------	--

Na garantia de Invalidez por Acidente ou por Doença, o beneficiário é o próprio segurado.

O segurado pode alterar seus beneficiários a qualquer momento, bastando para isso preencher o formulário apropriado junto ao Departamento Pessoal.

OBSERVAÇÕES

A indicação de Herdeiros Legais deve ser evitada, para que não haja complicação na ocasião da liquidação do sinistro.

Só pode ser beneficiária a Companheira se o segurado for: solteiro, viúvo, separado judicialmente ou divorciado. Do contrário, ou seja, se o segurado for casado, não pode instituir outra mulher como beneficiária por tratar-se de pessoa inibida a receber o seguro, o que significa uma situação de concubinato.

Companheira é diferenciada da concubina: "Companheira é a mulher que se une ao homem já separado da esposa e que se apresenta à Sociedade como se legitimamente Casados fossem", enquanto que concubina, "é a amante do lar clandestino, oculto, velado aos olhos da Sociedade, como prática de bigamia e que o homem frequenta simultaneamente ao lar legítimo e constituído". Esta regra, contida na Lei, vale da mesma forma, quando a Cláusula Beneficiária é o companheiro ou concubino da mulher (segurada).

Muitas vezes, nem sempre a situação é muito clara e inequívoca, sobre o que é recomendável a avaliação por parte jurídica, para não incorrer no risco do mal pagamento.

A nomeação de filhos menores de 21 anos como beneficiários diretos, implica na concessão do ALVARÁ JUDICIAL para o pagamento da indenização.

CONSIDERAÇÕES SOBRE ALGUNS CASOS DE MORTE POR ACIDENTE

A morte presumida ocorre quando não há a presença do cadáver. Porém, para que seja assim definida, depende do evento e das condições do desaparecimento. A simples ausência da pessoa não é suficiente para determinação da morte presumida.

No seguro exclusivo de Acidentes Pessoais, a morte decorrente de SUICÍDIO não tem cobertura em qualquer hipótese. Já no seguro de Vida em Grupo, com exceção da garantia de Indenização Especial por Acidente, tem cobertura na Garantia Básica, isto é, o(s) beneficiário(s) receberão indenização pela cobertura de Morte por Qualquer Causa.

LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO

Todos os sinistros deverão ser comunicados **IMEDIATAMENTE** à Faz Aki Seguros, independente da documentação a ser entregue estar pronta, considerando-se que qualquer correção do valor a ser indenizado só será calculado a partir da data de comunicação do sinistro. Este aviso deverá ser feito através de carta/fax, informando nome do segurado, data da ocorrência e salário.

Para efeito de liquidação de sinistros, conforme o fato gerador e de conformidade com as exigências legais, deverão ser enviados à Faz Aki Seguros os seguintes documentos:

MORTE NATURAL

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do segurado;
- Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- Cópia autenticada do Laudo do IML (se realizado);
- Cópia da ficha de registro de emprego;
- Cópia autenticada dos documentos de habilitação dos beneficiários.

MORTE ACIDENTAL

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do segurado;
- Cópia da ficha de registro de emprego;
- Cópia autenticada do Laudo do IML (se realizado);
- Cópia autenticada dos exames químicos, toxicológicos, quando realizados;
- Em se tratando de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista, cópia autenticada da respectiva Carteira Nacional de habilitação;
- Cópia autenticada da Comunicação de Acidente do Trabalho (quando for o caso);
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência Policial;
- Cópia autenticada dos documentos de habilitação dos beneficiários.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia da ficha de registro de emprego;
- Cópia autenticada do Laudo do IML (se realizado);
- Cópia autenticada dos exames químicos, toxicológicos, quando realizado;
- Em se tratando de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista, cópia autenticada da respectiva Carteira Nacional de habilitação;
- Cópia autenticada da Comunicação de Acidente do Trabalho (quando for o caso);
- Relatório médico com firma reconhecida informando: diagnóstico, alta definitiva, tratamento realizado, grau de invalidez;
- Comprovante de reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial pela Previdência Oficial (INSS);
- Cópia autenticada dos documentos de habilitação dos beneficiários.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia da ficha de registro de emprego;
- Relatório médico com firma reconhecida informando: diagnóstico, alta definitiva, tratamento realizado, grau de invalidez;

- Comprovante de reconhecimento do estado de Invalidez Permanente Total ou Parcial pela Previdência Oficial (INSS);
- Rescisão Contratual.

MORTE DO CÔNJUGE

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito do cônjuge;
- Cópia autenticada do RG e CPF do cônjuge;
- Declaração médica indicando causa mortis com firma reconhecida;
- Cópia autenticada do Laudo do IML (se realizado);
- Cópia da ficha de registro de emprego.

MORTE DO FILHO

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado pelo Estipulante;
- Cópia do Hollerith;
- Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- Cópia autenticada da Certidão de Nascimento;
- Comprovantes originais das despesas com funeral (Recibos e/ou Notas Fiscais quitadas)

IMPORTANTE: Esclarecemos que com a apresentação dos documentos acima, os sinistros são passíveis de liquidação. Entretanto, pode haver solicitação de documentos adicionais para sinistros com características particulares.

DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

Além do RG e CPF autenticados, serão necessários os documentos abaixo, conforme o caso:

Cônjuge:	certidão de casamento atualizada e autenticada
Filho Solteiro:	certidão de nascimento autenticada
Filho Casado:	certidão de casamento autenticada
Pais:	certidão de nascimento do segurado atualizada e autenticada
Herdeiros Legais:	alvará judicial determinando quem e quantos são os beneficiários
Companheira(o):	prova de "união estável" com duas testemunhas ou registro de dependência em Carteira Profissional pelo INSS

TABELA PARA CÁLCULO DE INDENIZAÇÃO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

Invalidez Permanente	Discriminação	% sobre o LMI
Perda Total	PT da visão de ambos os olhos	100
	PT do uso de ambos os membros superiores	100
	PT do uso de ambos os membros inferiores	100
	PT do uso de ambas as mãos	100

	PT do uso de um membro superior e um membro inferior	100
	PT do uso de uma das mãos e um dos pés	100
	PT do uso de ambos os pés	100
	Alienação mental total e incurável	100
Perda Parcial Diversas	PT da visão de um olho	30
	PT da visão de um olho, quando o Segurado já não tiver a outra vista	70
	Surdez total incurável de ambos os ouvidos	40
	Surdez total incurável de um dos ouvidos	20
	Mudez incurável	50
	Fratura não-consolidada do maxilar inferior	20
	Imobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	20
	Imobilidade do segmento tóraco-lombo-sacro da coluna vertebral	25
Perda Parcial Membros Superiores	PT do uso de um dos membros superiores	70
	PT do uso de uma das mãos	60
	Fratura não-consolidada de um dos úmeros	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos rádio-ulnares	30
	Anquilose total de um dos ombros	25
	Anquilose total de um dos cotovelos	25
	Anquilose total de um dos punhos	20
	PT do uso de um dos polegares, inclusive o metacarpiano	25
	PT do uso de um dos polegares, exclusive o metacarpiano	18
	PT do uso da falange distal do polegar	9
	PT do uso de um dos dedos indicadores	15
	PT do uso de um dos dedos mínimos ou um dos dedos médios	12
	PT do uso de um dos dedos ulnares	9
PT do uso de qualquer falange, excluídas as do polegar:	1/3 do valor do dedo respectivo	
Perda Parcial Membros Inferiores	PT do uso de um dos membros inferiores	70
	PT do uso de um dos pés	50
	Fratura não-consolidada de um fêmur	50
	Fratura não-consolidada de um dos segmentos tíbio-peroneiros	25
	Fratura não-consolidada da rótula	20
	Fratura não-consolidada de um pé	20
	Anquilose total de um dos joelhos	20
	Anquilose total de um dos tornozelos	20
	Anquilose total de um quadril	20
	Perda parcial de um dos pés (perda de todos os dedos e de uma parte do mesmo pé)	25
	Amputação do primeiro dedo	10
	Amputação de qualquer outro dedo	3
	PT do uso de uma falange do primeiro dedo	½ do respectivo dedo
	PT do uso de uma falange dos demais dedos	1/3 do valor do dedo respectivo
	Ecurtamento de 5 cm ou mais de um dos membros inferiores	15
	Ecurtamento de 4 cm de um dos membros inferiores	10
	Ecurtamento de 3 cm de um dos membros inferiores	6
Ecurtamento de menos de 3 cm de um dos membros inferiores	Sem indenização	
Perda Parcial de um dos pés, ou perda de todos os dedos	25	

RISCOS EXCLUÍDOS

Estão excluídos da cobertura do seguro os eventos ocorridos em consequência de:

GARANTIA BÁSICA

- Uso do material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;
- Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- Doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão proposta quando este é exigido.

INDENIZAÇÃO ESPECIAL DE MORTE POR ACIDENTE (IEA) E INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE (IPA)

- Hérnia, mesmo de origem traumática e suas consequências;
- Parto ou aborto e suas consequências, mesmo quando provocados por acidente;
- Perturbações e intoxicações alimentares;
- Suicídio ou tentativa de suicídio, voluntários ou involuntários;
- Envenenamento, ainda que acidental, por absorção de substâncias tóxicas ou entorpecentes, exceto escapamento acidental de gases e vapores;
- Quaisquer perturbações mentais, salvo alienação mental total e incurável, decorrente de acidente coberto;
- Competições em aeronaves e veículos a motor, inclusive treinos preparatórios;
- Viagens em aeronaves que não possuam em vigor o competente atestado de navegabilidade; em aeronaves oficiais ou militares em operações que não sejam de simples transporte ou de condução de autoridades ou de passageiros; em aeronaves furtadas ou dirigidas por pilotos não legalmente habilitados;
- Direta ou indireta de quaisquer alterações mentais, compreendidas entre elas as consequências à ação do álcool, de drogas ou entorpecentes, de uso fortuito, ocasional ou habitual
- Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- Tufões, furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- Dos denominados acidentes médicos (apoplexia, congestão, síncope, vertigem, edema agudo, infarto do miocárdio, trombose ou outros) e as consequências acidentais de tratamento ou exames clínicos, cirúrgicos, medicamentosos, por meio de agentes físicos, raios X, radium ou outros, quando tais tratamentos ou exames não sejam exigidos diretamente por acidente coberto;
- Ato reconhecidamente perigoso que não seja motivado por necessidade justificada;
- Prática, por parte do segurado, de atos ilícitos ou contrários à lei;
- Uso do material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes.

INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA (IPD)

- Uso do material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

- Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes;
- Doenças preexistentes à contratação do seguro não declaradas no cartão proposta quando este é exigido;
- Fator profissional e as "doenças profissionais", quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas por força das atividades profissionais do proponente e que induza a doença. Não estão incluídas neste artigo as doenças profissionais que têm como causa direta a exposição profissional permanente à substâncias tóxicas que estejam em estado avançado de evolução e caracterizando, clínica e laboratorialmente uma IPD
- LER (Lesão por Esforço Repetitivo), tenossinovites, tendinites, fibromialgias e fibromiosites, independentes de seus graus;
- Qualquer tipo de hérnias e suas consequências;
- Invalidez parcial por doença;
- Parto ou aborto e suas consequências;
- Tentativa de suicídio;
- Direta ou indiretamente de quaisquer alterações orgânicas, consequentes ao uso de álcool, de drogas, de entorpecentes ou substâncias tóxicas;
- Choque anafilático e suas consequências.

CLÁUSULA BENEFICIÁRIA PRÉ-REGRADA

Para fins de liquidação de sinistro, os beneficiários ficam definidos conforme Cláusula Pré-Regrada abaixo:

SITUAÇÃO	BENEFICIÁRIOS
Casado sem filhos	cônjuge
Casado com filhos maiores	50% para o cônjuge e 50% para os filhos
Casado com filhos menores	cônjuge
Solteiro(a) sem companheira(o) e sem filhos	pais
Solteiro(a) com companheira(o) e sem filhos	a(o) companheira(o)
Solteiro(a) sem companheira(o) e com filhos	a(o)s filho(a)s
Solteiro(a) com companheira(o) e com filhos	50% p/ a(o) companheira(o) e 50% p/os filhos
Separados	condição de solteiro se separado há mais de 5 anos

Os casos que não se enquadrarem nas situações acima serão liquidados conforme a legislação em vigor.

É facultado ao segurado o direito de indicar livremente seu(s) beneficiário(s), caso não concorde com a cláusula beneficiária pré-regrada.

Concordo com a cláusula beneficiária pré-regrada constante da apólice. Estou ciente que qualquer indicação por mim feita anteriormente estará automaticamente invalidada.

Não concordo com a cláusula beneficiária pré-regrada constante da apólice. O(s) beneficiário(s) que designo para o recebimento em caso de indenização por morte é (são):

Nome	Data de Nasc.	Parentesco	Percentual
_____	__/__/__	_____	_____
_____	__/__/__	_____	_____
_____	__/__/__	_____	_____
_____	__/__/__	_____	_____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____

Nome do Segurado

Assinatura do Segurado

Estipulante

INSTRUÇÕES PARA PREENCHIMENTO DE FORMULÁRIO "AVISO DE SINISTRO"

CAMPO	INFORMAÇÃO A SER REGISTRADA
AVISO DE SINISTRO POR MORTE QUALQUER CAUSA (utilizar em caso de morte natural ou acidental)	
1	Apólice nº: Estipulante
Sub-Estipulante - Não preencher Segurado Principal - Nome do Funcionário	
Estado Civil: Preencher Segurado Sinistrado: Preencher no caso de cônjuge ou filho	
Idade: Do Vitimado Data do Sinistro: O dia do óbito Causa da Morte: Conforme Certidão de Óbito	
Último dia de trabalho; Último Salário e a Data de Admissão: Obrigatório o preenchimento.	
2	Relação de documentos necessários/enviados para liquidação de sinistros: <i>Assinalar todos os documentos que estão sendo enviados para liquidação de sinistros</i>
3	Preencher Local, Data e Assinatura sob carimbo do Estipulante.
RELATÓRIO MÉDICO - VIDA EM GRUPO (utilizar em caso de morte natural)	

1	INFORMAÇÕES DO SEGURADO O Segurado ou responsável deve preencher todos os campos de forma clara e precisa
2	INFORMAÇÕES DO MÉDICO O Médico deve preencher todos os campos de 01 à 16; O Médico deve preencher local, data e assinatura sob carimbo
3	DECLARAÇÕES DO MÉDICO (verso do formulário)
4	O Médico deve reconhecer todas as informações declaradas no Item 2 , preenchendo local, data , assinatura sob carimbo , CRM e endereço completo.

	O Médico deve autorizar a Companhia Seguradora a obter informações de outros profissionais, preenchendo N° do RG, local, data e assinando.
--	--

RELATÓRIO MÉDICO - ACIDENTES PESSOAIS - MA, IPA, DMH.

(utilizar em caso de morte acidental ou invalidez por acidente)

	INFORMAÇÕES DO SEGURADO O Segurado ou responsável deve preencher todos os campos de forma clara e precisa
2	INFORMAÇÕES DO MÉDICO O Médico deve preencher todos os campos de 01 à 15 (verso do formulário);O Médico deve preencher local, data e assinatura sob carimbo

AVISO DE SINISTRO POR IPD

(utilizar somente em caso de invalidez por doença)

1	Relação de documentos necessários/enviados para liquidação de sinistros: Assinalar todos os documentos que estão sendo enviados para liquidação de sinistros. Preencher local, data e assinatura sob carimbo do Estipulante.
----------	--

RELATÓRIO MÉDICO - INVALIDEZ POR DOENÇA

(utilizar somente em caso de invalidez por doença)

1	O Médico deve preencher todos os campos de 01 à 10. O Médico deve preencher local, data, assinatura sob carimbo e reconhecer firma
2	INFORMAÇÕES DO ESTIPULANTE (verso do formulário) - O Estipulante deve preencher todos os campos de forma clara e precisa
3	INFORMAÇÕES DO SEGURADO - O Segurado ou responsável deve preencher todos os campos de 01 à 08.
4	O Segurado ou responsável deve preencher local, data, assinar e reconhecer firma.