



SEGURO DE VIDA

CONDIÇÕES:

Para realizarmos a análise do processo de seguro de vida junto a Seguradora referente a liquidação do saldo devedor da cota, caso ele tenha sido contemplado ou não e quando preenchidos os requisitos estabelecidos no Regulamento, será necessário:

- Estar em dia com os pagamentos das parcelas, até 90 dias antes da data do óbito.

O prazo para a conclusão é de **60 (sessenta) dias corridos**, após a recepção dos documentos pela **Seguradora** que efetuará a análise do sinistro.

Pessoa Física	Pessoa Jurídica	Documentos e Formulários: <u>Morte Natural</u>
X	X	<u>Cópia</u> da Proposta/Contrato de Adesão
X	X	<u>Cópia</u> simples da Carteira Nacional de Habilitação ou RG (documento de identidade) e CPF. Quando se tratar de pessoa jurídica, os sócios também deverão apresentar.
	X	<u>Cópia</u> simples do Contrato Social e última alteração (se houver) ou ATA de Assembléia e Estatutos atualizados
X	X	<u>Cópia</u> simples do Comprovante de Endereço Residencial (máximo 60 dias da emissão). Quando se tratar de Pessoa Jurídica, os sócios também deverão apresentar. Na ausência do Comprovante de Endereço em nome do cliente, enviar declaração simples e comprovante de ratifique o informado na declaração.
X	X	<u>Cópia</u> simples da Certidão de Óbito.
X	X	<u>Cópia</u> simples do Formulário de "Comunicação de Sinistro por Morte", preenchido todos os campos, assinado e carimbado pelo médico, com o número do CRM.
X	X	<u>Cópia</u> simples dos exames realizados pelo cliente/segurado. Quando se tratar de pessoa jurídica, deverá apresentar dos sócios.
X	X	<u>Cópia</u> simples do Relatório ou Prontuário médico devidamente preenchido, assinado e carimbado pelo médico, com número do CRM, constando data dos diagnósticos das doenças que vitimaram o cliente/segurado, ou ainda do sócio no caso de Pessoa Jurídica.

Pessoa Física	Pessoa Jurídica	Documentos e Formulários: <u>Morte Decorrente de Acidente</u>
X	X	<u>Cópia</u> da Proposta/Contrato de Adesão
X	X	<u>Cópia</u> simples da Carteira Nacional de Habilitação ou RG (documento de identidade) e CPF. Quando se tratar de pessoa jurídica, os sócios também deverão apresentar.
	X	<u>Cópia</u> simples do Contrato Social e última alteração (se houver) ou ATA de Assembleia e Estatutos atualizados
X	X	<u>Cópia</u> simples do Comprovante de Endereço Residencial (máximo 60 dias da emissão). Quando se tratar de Pessoa Jurídica, os sócios também deverão apresentar. Na ausência do Comprovante de Endereço em nome do cliente, enviar declaração simples e comprovante de ratifique o informado na declaração.
X	X	<u>Cópia</u> simples da Certidão de Óbito.
X	X	<u>Cópia</u> simples do Boletim de Ocorrência Policial.
X	X	<u>Cópia</u> simples do exame de dosagem Alcoólica/Toxicológico (se realizado).
X	X	<u>Cópia</u> simples do Laudo de IML (Instituto Médico Legal) se realizado.

Consórcio Nacional Volkswagen

Capitais e Regiões Metropolitanas : 4003 6636

Demais Regiões : 0800 770 1936

Central de Atendimento Portadores Deficiência Auditiva/Fala : 0800 770 1935

Serviço de Apoio ao Consumidor : 0800 7701926

Ouvidoria : 0800 7012834

Site: www.vwfs.com.br (também disponível na versão mobile)

CNVW_509 Junho2021



Pessoa Física	Pessoa Jurídica	Documentos e Formulários: <u>Invalidez Permanente Total por Acidente</u>
X	X	<u>Cópia</u> simples do RG (documento de identidade) e CPF <u>Cópia</u> simples da Carteira Nacional de Habilitação (caso o segurado seja o motorista) * Quando se tratar de pessoa jurídica, os sócios também deverão apresentar os documentos acima
X	X	<u>Cópia</u> da Proposta/Contrato de Adesão
	X	<u>Cópia</u> simples do Contrato Social e última alteração (se houver) ou ATA de Assembleia e Estatutos atualizados
X	X	<u>Cópia</u> simples do Comprovante de Endereço Residencial (máximo 60 dias da emissão). Quando se tratar de Pessoa Jurídica, os sócios também deverão apresentar. Na ausência do Comprovante de Endereço em nome do cliente, enviar declaração simples e comprovante de ratificação o informado na declaração.
X	X	<u>Cópia</u> simples do Formulário de "Aviso de Sinistro de Acidentes Pessoais" preenchido na parte frente pelo segurado e no verso pelo Médico Assistente.
X	X	<u>Cópia</u> simples do Boletim de Ocorrência Policial (discriminando o acidente sofrido)
X	X	<u>Apresentar</u> Radiografias do órgão lesado com laudo médico

Ressaltamos que, se necessário, novos documentos e garantias poderão ser solicitados pela Seguradora no decorrer da análise.

- Será suspensa e reiniciada a contagem do prazo no caso de nova solicitação em virtude de dúvida fundamentada e justificável.

FORMAS DE ENVIO:

- Via e-mail ao endereço eletrônico: documentos.sinistrosnvw@vwfs.com, ou
- Via correio para Rua Volkswagen, 291 – Pq. Jabaquara – Caixa Postal Interna 8062 - CEP 04344-020 – São Paulo - SP.

Importante :

- Como todos os documentos solicitados no processo são **cópias simples**, recomendamos o envio via e-mail para agilizar o recebimento e envio à Seguradora.
- A Seguradora se reserva no direito de solicitar quaisquer outros documentos que julgar necessários, os quais serão solicitados formalmente, através de carta protocolada pelo Estipulante.
- Não está coberto por este seguro qualquer caso de Invalidez "parcial" ou invalidez por "doença"

	FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS PRESTAMISTA CONSÓRCIO		CÓDIGO	FR.13.SEG.AF
			VERSÃO	V002-2020
			VÁLIDO ATÉ	
			REFERÊNCIA	N.477
			CLASSIFICAÇÃO	USO INTERNO

Nº da Apólice:	Nº da Proposta/Adesão:
----------------	------------------------

INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PESSOA ACIDENTADA
--

Nome Completo:	Idade:	Sexo: ☐ F ☐ M	Profissão:
Endereço Residencial:	Município:	UF:	CEP:

POSSUI SEGURO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)

Tipo de Seguro:	Valor:	Companhia:
Tipo de Seguro:	Valor:	Companhia:

INFORMAÇÕES A RESPEITO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE
--

Local do Acidente:	Município:	UF:	Hora:	CEP:
--------------------	------------	-----	-------	------

Nome das testemunhas ou das pessoas que viram o acidentado logo após o acidente:

Atividade exercida pelo segurado no momento do acidente:

Pessoa que prestou os primeiros socorros:

Local e tempo em que estes foram prestados:

Nome do Médico que assistiu o segurado/consorciado:

Endereço Residencial:	Município:	UF:	CEP:
-----------------------	------------	-----	------

DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE, MENCIONANDO A CAUSA E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS
--

O abaixo assinado declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

Local/Data	Assinatura do Segurado/Consortado
------------	-----------------------------------

	FORMULÁRIO AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS PRESTAMISTA CONSÓRCIO	CÓDIGO	FR.13.SEG.AF
		VERSÃO	V002-2020
		VÁLIDO ATÉ	
		REFERÊNCIA	N.477
		CLASSIFICAÇÃO	USO INTERNO

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS
• Formulário Aviso de Sinistro de Invalidez por Acidente, com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens); • Cópia do RG/CPF do segurado/consorciado e Comprovante de Residência; • Cópia da Proposta/Contrato de Adesão com “DPS – Declaração Pessoal de Saúde” – inserida em seu texto assinado pelo segurado/consorciado); • Extrato atualizado do segurado/consorciado; • Anexar exames e laudos médicos que confirmam a Invalidez Permanente; • Cópia de Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); Cópia da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) do segurado/consorciado, se for o Condutor; • Formulário de Registro de Informações Cadastrais e Autorização de Pagamento (em caso de saldo remanescente, se houver).

1

NOME DO SEGURADO/CONSORCIADO:	
RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE	
Data do Acidente:	Data do Atendimento Médico:
As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática?	
☐ SIM ☐ NÃO	
Em caso negativo, qual é a causa?	
Quais as lesões sofridas (diagnóstico)?	
Qual o Tratamento Imediato?	
Encontra-se o segurado com alta médica definitiva?	
☐ SIM ☐ NÃO	
Qual a data da alta médica definitiva?	
Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?	
Ficará o segurado com alguma invalidez?	
☐ SIM ☐ NÃO	
Em caso de invalidez, classifique:	
☐ Parcial e temporária ☐ Parcial e permanente ☐ Total e temporária ☐ Total e permanente	
Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:	
Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado? Descrever separadamente.	

Este documento é de propriedade do GRUPO MAPFRE e não deve ser reproduzido total ou parcialmente.

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS. O Grupo MAPFRE respeita e cumpre as exigências previstas na Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais zelando pelos seus dados pessoais. Responsável pelo tratamento: MAPFRE Seguros Gerais S/A; Finalidade: Regulação e Liquidação de Sinistro. Você poderá exercer seus direitos e verificar como e porquê tratamos os seus dados pessoais através da nossa política de privacidade (<https://www.mapfre.com.br/seguro-br/politica-privacidade/>) e do e-mail protecaodedados@mapfre.com.br



FORMULÁRIO
AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS
PRESTAMISTA CONSÓRCIO

CÓDIGO	FR.13.SEG.AF
VERSÃO	V002-2020
VÁLIDO ATÉ	
REFERÊNCIA	N.477
CLASSIFICAÇÃO	USO INTERNO

Quais outras observações V.Sa. julga oportuno fazer?

O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

Local/Data

Assinatura e Carimbo do médico Assistente

Nota: com firma reconhecida.

DADOS DO MÉDICO

Nome legível do médico:

CRM:

Endereço Residencial: I

Nº:

Complemento:

CEP:

Bairro:

Cidade;

UF:

Telefone (DDD):

Este documento é de propriedade do GRUPO MAPFRE e não deve ser reproduzido total ou parcialmente.

INFORMAÇÕES BÁSICAS SOBRE PROTEÇÃO DE DADOS. O Grupo MAPFRE respeita e cumpre as exigências previstas na Lei nº 13.709/2018 que dispõe sobre a proteção de dados pessoais zelando pelos seus dados pessoais. Responsável pelo tratamento: MAPFRE Seguros Gerais S/A; Finalidade: Regulação e Liquidação de Sinistro. Você poderá exercer seus direitos e verificar como e porquê tratamos os seus dados pessoais através da nossa política de privacidade (<https://www.mapfre.com.br/seguro-br/politica-privacidade/>) e do e-mail protecaodedados@mapfre.com.br

	FORMULÁRIO COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE		CÓDIGO	
			VERSÃO	
			REFERÊNCIA	

DADOS DO COMUNICANTE			
Nome completo:			
Telefone:		E-mail:	

DADOS DO SINISTRADO			
Nome completo do sinistrado:			
CPF	Classificação: Titular: ☐ Cônjuge: ☐ Filho: ☐		Trabalhou a última vez em: / /
Aposentado: Sim ☐ Não ☐ , se SIM desde quando / /			
Qual o motivo da aposentadoria: Tempo de Serviço: ☐ Invalidez por Doença: ☐ Invalidez por Acidente: ☐ Por Idade: ☐			

DADOS DO SEGURADO	
Nome do segurado titular:	
CPF do segurado titular:	Estipulante:
Ramo/Apólice:	Número do Certificado/Grupo/Cota:

INFORMAÇÕES DO SINISTRO	
Data do Falecimento: / /	
Causa Mortis:	

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
Em caso de Sinistro de Morte - (anexar): • Formulário de Aviso de Sinistro. • Cópia de Certidão de Óbito do Segurado. • Cópia do RG, CPF e Comprovante de Residência do Segurado, (na falta do comprovante de residência em nome do segurado, enviar uma declaração simples e o comprovante de residência que ratifique o endereço informado na declaração). • Relatório Médico ou Prontuário Médico;	
Em Caso de Sinistro de Morte Acidental – (anexar): • Formulário de Aviso de Sinistro. • Cópia da certidão de óbito do segurado. • RG, CPF e Comprovante de residência do segurado (na falta do comprovante de residência em nome do segurado, enviar uma declaração simples e o comprovante de residência que ratifique o endereço informado na declaração). • Cópia Boletim de Ocorrência Policial e/ou CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho (se houver). • Cópia do Laudo Necroscópico do IML (se houver). • Cópia do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológica (se houver), na falta encaminhar declaração do órgão competente informando a não realização do mesmo. • Cópia da CNH se for acidente de trânsito (e quando o segurado for o Motorista).	

NOTAS
1. Todos os documentos do processo deverão ser encaminhados para Central de Atendimento;
2. É reservado a seguradora o direito de solicitar qualquer documento que julgar necessário para a efetiva comprovação da cobertura do sinistro;
3. A declaração de herdeiros deverá seguir o Artigo 792. "Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem de vocação hereditária. Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência. "

Descrição do Fato (Narração)

INFORMAÇÕES MÉDICAS (somente em Casos de Morte Natural)	
Causa Imediata:	
Causa Mediata:	
Doença ou Estado:	
ANTECEDENTES MÓRBIDOS:	DESDE QUANDO:
1.	1. / /
2.	2. / /
3.	3. / /
Foi seu paciente durante o tratamento da doença ou acidente que provocou sua morte? Sim ☐ Não ☐	
Há quanto tempo em sua opinião, esteve o falecido sofrendo da moléstia que vitimou?	
Tinha o falecido conhecimento da existência da doença? Desde quando? (Em caso afirmativo) Sim ☐ Não ☐ _____	
Houve alguma causa especial, direta ou indiretamente para a morte, proveniente de hábitos, ocupação ou residência?	
Outras informações que julgar importante registrar (não havendo, inutilize o espaço)	

☐ Não tenho condições de prestar as informações médicas acima, pois apenas atestei o óbito.

DADOS DO MÉDICO (somente em Casos de Morte Natural)			
Nome legível do médico:			CRM:
Endereço Residencial:		Número:	Complemento:
Bairro:		CEP:	
Cidade:	UF:	Telefone (DDD):	
_____		_____	
Local e Data		Assinatura do Médico	

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
(Nome completo)

Portador (a) do RG nº _____ e

CPF nº _____ venho por meio desta, declarar

que o (a) Sr (a) _____
(nome do Falecido)

Residia, no endereço abaixo mencionado, na qualidade de :

() **Inquilino** () **resido com pais ou parentes**

() **outros :** _____

() RUA () AV. _____

nº _____ complemento _____

Bairro _____

Cidade _____ UF.: _____

CEP.: _____

LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____

E-MAIL :

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar em sanção penal prevista no art.299 do Código Civil.

Assinatura _____
(Do declarante semelhante ao documento de identificação)

Obs: a declaração deverá estar acompanhada do respectivo comprovante do endereço informado acima.