



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: Morte Natural
X	X	Cópia 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	Cópia simples do Contrato Social e última alteração (se houver) ou ATA de Assembléia e Estatutos atualizados
X	X	Cópia 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	Cópia simples da Certidão de Óbito.
X	X	Cópia 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	Cópia simples dos exames realizados pelo cliente/segurado. Quando se tratar de pessoa jurídica, deverá apresentar dos sócios.
X	X	Cópia 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: Morte Decorrente de Acidente
X	X	Cópia 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	Cópia simples do Contrato Social e última alteração (se houver) ou ATA de Assembleia e Estatutos atualizados
X	X	Cópia 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	Cópia simples da Certidão de Óbito.
X	X	Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial.
X	X	Cópia simples do exame de dosagem Alcoólica/Toxicológico (se realizado).
X	X	Cópia 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 Setembro/2020




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

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.

	FORMULÁRIO	CÓDIGO	
	COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE	VERSÃO	
		REFERÊNCIA	

DADOS DO COMUNICANTE

Nome completo:	
Telefone:	E-mail:

DADOS DO SINISTRADO

Nome completo do sinistrado:		
CPF	Classificação: Titular: <input type="checkbox"/> Cônjuge: <input type="checkbox"/> Filho: <input type="checkbox"/>	Trabalhou a última vez em: / /
Aposentado: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> , se SIM desde quando / /		
Qual o motivo da aposentadoria: Tempo de Serviço: <input type="checkbox"/> Invalidez por Doença: <input type="checkbox"/> Invalidez por Acidente: <input type="checkbox"/> Por Idade: <input type="checkbox"/>		

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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____	
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.