

FAM – FUNDO DE APOIO À MORADIA

SINISTRO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE (IPA) QUER SEJA TOTAL OU PARCIAL:

Documentos necessários para abertura de processo de Sinistro de Invalidez Permanente por Acidente – IPA

- Laudo Médico (**Formulário – Aviso de Alta Médica**) indicando o grau de invalidez e o(s) membro(s) ou órgão(s) afetado(s), bem como a data da alta definitiva;
- Cópia da Ocorrência Policial, ou do Boletim Interno/Atestado de Origem, (quando o acidente ocorrer em área militar), informando a data e dinâmica do acidente;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação e Exame de Dosagem Alcoólica, se realizado, (no caso de acidente de trânsito, no qual o Segurado tenha participado como condutor);
- Formulário de “**Autorização para Crédito de Indenização do Seguro Coletivo de Pessoas – FAM, em conta de Poupança Poupex**” a ser preenchido e assinado pelo segurado;
- Cópia da Carteira de Identidade e do CPF do segurado;
- (*) Cópia de Comprovante de Residência do segurado, e
- Número de telefone para contato com o segurado

(*) É válido como comprovante de residência conta de consumo – CONTAS DE ÁGUA, LUZ, GÁS OU TELEFONE CONVENCIONAL. Na hipótese do beneficiário/sinistrado não possuir um desses comprovantes em seu nome, deverá ser apresentada declaração endossada pelo titular da conta (de consumo), com assinatura reconhecida em cartório, registrando que reside em mesmo endereço. Se o titular da conta (de consumo) for falecido, deverá ser apresentada declaração do beneficiário afirmando residir em mesmo endereço deste, devidamente assinada com mais duas testemunhas (com firma reconhecida em cartório). Para cônjuges, a apresentação da Certidão de Casamento atualizada substitui a declaração.

NOTA: Nos casos de apresentação de declaração, estas deverão vir acompanhadas das contas (de consumo).

Para subsidiar a análise de processo de sinistro, a Seguradora poderá solicitar, a ser critério e a qualquer tempo, documentos e esclarecimentos complementares.



AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

1

Nome do Segurado _____			Data do Nascimento _____
Sexo _____	Estado Civil _____	Naturalidade _____	Nacionalidade _____
Profissão _____	RG _____	CPF _____	
Endereço _____			Telefone _____ ()
Bairro _____	Cidade _____	CEP _____	UF _____

2

Data do Acidente _____

3

Histórico do Acidente _____

RELATÓRIO MÉDICO

4

Data do Primeiro Atendimento Médico _____

5

Descrição Detalhada da Lesão Ocasionalada pelo Acidente _____

6

Tipos de Tratamento e Respectivas Datas _____

Assinatura do Médico

AVISO DE ALTA MÉDICA - SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

7	Nome do Segurado _____			
	Descrição do(s) Ato(s) Cirúrgico(s) e Respectiva(s) Data(s) _____			
	Data da Internação _____	Data da Alta Hospitalar _____	Data da Alta Definitiva _____	
	Hospital ou Clínica onde foi prestada assistência médica (Nome e Localidade) _____			
8	O Segurado ficou afastado de suas funções? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se afirmativo, Data do Afastamento _____	Término _____	
9	Nome e Especialidade do Médico Assistente _____			
10	O Segurado está com alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se negativo, indicar o tratamento ao qual está sendo submetido _____	Data Provável de Alta Médica Definitiva _____	
11	Descrição da(s) seqüelas de caráter permanente porventura existentes. Grau de redução funcional de cada órgão isoladamente. Classificando-os por percentual de 0% a 100% _____			
12	Lesões ou estados mórbidos preexistentes não relacionados com o trauma em pauta _____			
13	Fazer aqui as observações que julgarem necessárias _____			
14	Localidade _____	Data _____		
	Nome do Médico _____	CRM _____		
	Endereço do Consultório (ou outros) _____	Telefone _____		
	Bairro _____	Cidade _____	CEP _____	UF _____

OBS.: A assinatura do médico, nesta página, deverá ter a firma reconhecida.

Assinatura do médico sob carimbo de identificação