



FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
CNPJ: 05.509.289/0001-92

EVENTO: MORTE

SEGURADO: _____

- AVISO DE SINISTRO;
- CERTIDÃO DE ÓBITO (Que deverá constar, além dos itens básicos, nome e CRM do médico atestante bem como, a causa mortis);
- DOCTºS DO SINISTRADO (RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA);
- COMPROVANTES DE DESCONTO DO PRÊMIO REFERENTE A 3 MESES ANTERIORES AO MÊS DO EVENTO (SE HOUVER SEGURADORA ANTERIOR, ANEXAR TABELA DE PRÊMIOS E CAPITAIS);
- CARTÃO PROPOSTA + CERTIFICADO, PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(s) ;
- DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS CONSTANDO O ART 1829 (para qdo não houver localização dos doctºs citados no item anterior);
- DOCUMENTOS DOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS (RG, CPF e COMPROV DE RESID);
- CERTIDÃO DE NASCIMENTO (qdo beneficiário menor de 16 anos);
- TERMO DE TUTELA (qdo for o caso);
- TERMO DE CURATELA (qdo for o caso);
- CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA PÓS ÓBITO (qdo se tratar de sinistro de cônjuge ou, qdo o cônjuge for indicado como beneficiário);
- COMPROVANTE DE CONVIVÊNCIA MARITAL (qdo for o caso) {que poderá ser DECL DO ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO ou ÓRGÃO TRABALHISTA ou DECL DE IMPOSTO DE RENDA};
- TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTORIA MÉDICA;
- CNH (qdo for o caso);
- BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL(qdo for o caso);
- LAUDO CADAVERÍCO (qdo for o caso);
- LAUDO DE EXAMES NECROSCÓPICO - IML e TOXICOLÓGICO (qdo for o caso);
- PEÇAS DO INQUÉRITO POLICIAL (qdo for o caso);
- NOTAS FISCAIS REFERENTES AOS GASTOS COM O FUNERAL, CASO NÃO TENHA SIDO ATENDIDO PELO 0800;

OBS.: PODERÃO SER SOLICITADOS DOCTºS COMPLEMENTARES.



FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
CNPJ: 05.509.289/0001-92

EVENTO: INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

SEGURADO: _____

- () AVISO DE SINISTRO;
- () DOCTºS DO SINISTRADO (RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA);
- () COMPROVANTES DE DESCONTO DO PRÊMIO REFERENTE A 3 MESES ANTERIORES AO MÊS DO EVENTO (SE HOUVER SEGURADORA ANTERIOR, ANEXAR TABELA DE PRÊMIOS E CAPITALIS);
- () CARTÃO PROPOSTA + () CERTIFICADO, () PEDIDO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(s);
- () CAT – COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (qdo for o caso)
- () BOLETIM DE 1º ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR;
- () COMPROVANTE DE VÍNCULO TRABALHISTA (qdo estipulante de nicho Mercado);
- () LAUDOS / ATESTADOS / EXAMES MÉDICOS;
- () TERMO DE CURATELA (qdo for o caso);
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA (qdo se tratar de sinistro de cônjuge);
- () COMPROVANTE DE CONVIVÊNCIA MARITAL (qdo for o caso) {que poderá ser DECL DO ÓRGÃO PREVIDENCIÁRIO ou ÓRGÃO TRABALHISTA ou DECL DE IMPOSTO DE RENDA};
- () TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTORIA MÉDICA.

OBS.: PODERÃO SER SOLICITADOS DOCTºS COMPLEMENTARES.



FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.
CNPJ: 05.509.289/0001-92

EVENTO: DESPESAS MÉDICO, HOSPITALARES E ODONTOLÓGICAS

SEGURADO: _____

- () AVISO DE SINISTRO;
- () DOCTºS DO SINISTRADO (RG, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA);
- () DADOS BANCÁRIOS DO SINISTRADO;
- () NOTAS FISCAIS, ORIGINAL OU AUTENTICADAS, QUE COMPROVEM OS GASTOS INERENTES AO ACIDENTE;

Obs.: Em caso de o sinistrado ser menor de idade, além dos documentos acima, deverá ser encaminhado cópia da identidade, cpf e comprovante de residência do responsável, além dos dados bancários.

Nesta cobertura reembolsamos apenas a pessoa que consta nas notas fiscais. Qualquer outra pessoa diferente da que constar na nota não poderá ser reembolsada.

OBS.: PODERÃO SER SOLICITADOS DOCTºS COMPLEMENTARES.