

Prezado(a) Senhor(a),

Para a abertura do processo de solicitação do benefício do Plano de Pecúlio por Invalidez Total e Permanente será necessário a apresentação dos documentos relacionados abaixo:

➤ **DOCUMENTOS DO PARTICIPANTE:**

- FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO (ANEXO I) devidamente preenchido e assinado igual ao documento de identificação (RG ou CNH) *ou assinatura com reconhecimento de firma.*

- INFOMED – INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE (ANEXO II) preenchida e assinada pelo médico do participante.

- Cópia simples da documentação pessoal: CNH ou RG e CPF; e comprovante de endereço residencial ou, na falta de comprovante em nome do participante, declaração de residência.

Obs.1: São aceitos comprovantes emitidos no nome do próprio participante ou de parentes próximos como pais, filhos, maridos e esposas (com comprovação de parentesco). Se o comprovante estiver em nome de outra pessoa que não seja um dos acima citados, deve ser enviada uma declaração de residência juntamente com o comprovante do respectivo endereço.

- Dados da conta: Cópia simples legível da parte superior do extrato bancário – Só será válido se constar todos os dados para transferência como agência, conta e nome do próprio participante, ou o print do internet banking onde consta os dados da conta.

Obs.1: É necessário que a conta informada possua limite disponível para transferência maior ou igual ao valor do benefício a ser creditado. Não será feito pagamento em contas inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.), contas de Pessoa Jurídica (quando o pagamento for para pessoa física), contas de Cooperativas ou Financeiras/Financiamento.

Obs.2: Se a conta for conjunta, favor informar nome e CPF do titular da conta no formulário (anexo I) e anexar CNH ou RG e CPF do mesmo.

Obs.3: Caso o participante não possua conta e quiser indicar a conta de terceiros, é necessário o envio de uma procuração, assim como a cópia da CNH ou RG e CPF do(a) procurador(a).

- Cópia simples dos 3 (três) últimos comprovantes de pagamento da contribuição. *Em caso do plano de pecúlio contratado seja Individual, e o pagamento da contribuição seja feito através de desconto em contracheque.*

- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (quando houver registro).

- Cópia autenticada do Termo de Curatela, quando o participante for incapaz.

- Cópia da carta de Concessão de Aposentadoria pelo INSS.

- Laudos Médicos e Resultados de Exames (cópia). Em caso de exames de imagens, deverá ser enviado apenas a cópia dos laudos dos respectivos exames. Caso seja necessário a apresentação das imagens, solicitaremos posteriormente.

- Relatório Médico constando o grau de invalidez e sequelas definitivas.

- Procuração com firma reconhecida em caso de representatividade, assim como a cópia do RG e CPF do procurador.

Observação da assinatura nos formulários:

- Para participante menor de 18 anos, somente o seu representante legal poderá assinar pelo mesmo. Também será necessário o envio de uma cópia da CNH ou RG e CPF do(a) representante legal.

- Para o participante que possui curador(a)/tutor(a), deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela/tutela definitiva, juntamente com a cópia da CNH ou RG e CPF do curador(a)/tutor(a) nomeado(a).

○ Caso o(a) participante se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida a impressão digital do(a) mesmo(a) e a assinatura de um representante/testemunha (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada a cópia da CNH ou RG e CPF da testemunha. Lembrando que o documento desse participante deve constar a impossibilidade de assinar ou que não assina.

○ Caso o(a) participante tenha nomeado um procurador(a), o mesmo poderá assinar em nome do(a) participante, sendo necessário o envio da procuração e a cópia da CNH ou RG e CPF do procurador(a).

○ A assinatura deverá ser igual ao documento de identificação (RG ou CNH) que será enviado para análise, ou caso contrário poderá ser solicitado o reconhecimento em cartório, por semelhança ou autenticidade (reconhecimento de firma).

Forma de envio dos documentos para abertura do processo de benefício:

○ Os documentos para abertura do processo de benefício podem ser encaminhados em formato digital (legíveis).

○ Certifique-se que todos os dados preenchidos estão visíveis e bem definidos no arquivo em que está enviando, e após tirar uma foto ou escanear o documento, dê uma boa olhada e analise se é possível enxergar claramente todas as informações preenchidas.

○ Os documentos devem ser enviados em formato PDF e/ou JPEG.

○ **Não iremos aceitar documentos que não estejam devidamente legíveis.**

○ Em caso de autenticação e reconhecimento de firma deve ser enviado o verso do documento onde consta o selo para verificação.

○ *Os documentos originais que foram encaminhados para solicitação do benefício de forma digital, podem ser requisitados a qualquer tempo.*

O prazo para análise do processo de sinistro é de até 30 dias corridos de acordo com a regulamentação SUSEP (órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro no Brasil) a partir do recebimento de toda documentação completa.

Conforme regulamento do plano, caso a documentação apresentada não seja suficiente para conclusão da análise, poderão ser solicitados documentos complementares para comprovação das informações.

Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.

Atenciosamente,

Departamento de Benefícios

Dados do Participante:

Nome:	Nº CPF:	Data de Nasc.:			
Nome Social*:	End. Residencial:	Nº:			
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:		
Faixa de Renda Mensal:	<input type="checkbox"/> Sem renda	<input type="checkbox"/> até R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 2.500,01 até R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00
Profissão:	Estado Civil:	E-mail:	Telefone:		
Possui CNH – Carteira Nacional de Habilitação:	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM	Qual categoria:		

Causa da Invalidez Total e Permanente

<input type="checkbox"/> Por Doença	<input type="checkbox"/> Por Acidente	
Em caso de doença, quando o Participante começou a sentir os primeiros sintomas da doença?	Houve o Registro da Ocorrência (Policial ou Corpo de Bombeiros)?	
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	
	Se realizado, informe o nº do Boletim de Ocorrência – (anexar cópia). Nº	
Data do evento :	Horário Local do evento:	Em Serviço
		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Descrever com detalhes e **com suas próprias palavras**, a maneira como ocorreu o evento:

Para que seu pagamento seja processado corretamente, observar as orientações abaixo:

- Não serão aceitas contas de terceiros (exceto, se apresentado uma procuração/tutela/curatela), inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.) e contas de Pessoa Jurídica (CNPJ) (quando o pagamento for para pessoa física).
- Para contas da Caixa Econômica Federal, verificar se possui algum limitador de transação bancária. Caso possua, deverá ser regularizado para que o pagamento possa ser feito.

Conta Bancária:	<input type="checkbox"/> Conta do Procurador/Curador/Tutor	<input type="checkbox"/> Conta do(a) Participante
Código ou Nome do Banco:	Nº Agência:	Nº da Conta/Dígito:
Tipo de Conta (Indicar apenas um):	<input type="checkbox"/> Conta Corrente	<input type="checkbox"/> Conta Poupança
	Nome do titular:	CPF do titular:
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta		

Pessoas Politicamente Expostas (preenchimento obrigatório)

O participante é agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo? Sim Não. Em caso positivo esclareça:

--

Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 sancionada em 14 de Agosto de 2018 e vigente desde Setembro de 2020, a AUX garante a proteção dos seus dados pessoais informados e assegura que estes poderão ser utilizados e compartilhados apenas para fins de administração de suas coberturas.

--

Assinatura do Participante ou Procurador/Tutor/Curador
Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura

Em caso de assinatura a rogo

--	--

Assinatura da Testemunha a rogo - Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura
Digital do(a) participante

Instruções:

- Esta declaração deverá ser assinada pelo médico do participante em questão que tem conhecimento do diagnóstico primário da doença ou lesão que ocasionou a Invalidez Total e Permanente.
- O médico que preencher esta declaração facilitará a análise do processo, respondendo de modo completo a todos os quesitos, informando detalhadamente sobre a evolução do quadro clínico do paciente, especialmente com referência à sua duração, resultados, tratamentos e sequelas.
- Deve-se evitar todos os termos vagos, a menos que sejam acompanhados de explicações minuciosas.
- Se os espaços designados para as respostas não forem suficientes, outros detalhes que julgarem necessários podem ser indicados na parte destinada às “Informações Adicionais”.
- **As respostas fornecidas são estritamente sigilosas e têm única finalidade de analisar o processo de benefício.**

Nome legível do Médico responsável pelas informações:

Nº CRM:

--	--

Questionário:

1 – Nome do participante/paciente:

--

2 – Em que data e por qual(is) motivo(s) o paciente solicitou os serviços profissionais de V. Sª?

3 – Qual(is) o(s) diagnóstico(s)?

4 – Data de sua primeira consulta relativa a esta condição médica diagnosticada?

--

5 – Quais foram os exames complementares realizados e seus resultados?

6 – Há quanto tempo esteve ou está o paciente em tratamento desta condição médica?

7 – Em se tratando de Cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do paciente segundo a Classificação funcional de NYHA ou CCS.

--

7.1 - Qual é o tratamento instituído?

8 – O paciente sofreu alguma intervenção cirúrgica?

 Sim Não

8.1 - Qual(is) intervenção(ões)?

8.2- Em qual(is) data(s) e em qual(is) hospital(is)?

9 – Faz algum tratamento de Radioterápico ou Quimioterápico?

Sim Não

9.1 - Qual tratamento e há quanto tempo?

10 – As alterações e lesões apresentadas podem ser consideradas de caráter permanente definitivo ou poderá, mediante tratamento especializado ou uso funcional, vir a melhorar?

11 – As alterações e lesões apresentadas é uma incapacidade TOTAL e PERMANENTE, de forma que caracterize a perda da existência independente do mesmo?

12 – O participante/paciente caminha livremente e exerce suas atividades da vida diária independente? Justifique.

13 – Em se tratando de patologia Neuropsíquica, solicitamos informar se o paciente:

13.1- Está apto a gerir seus próprios negócios e bens? Sim Não

13.2 - Está alienado mental de forma TOTAL e INCURÁVEL? Sim Não

14 – Informações Adicionais.

--

Localidade e data:

--

Assinatura e carimbo do Médico com CRM: