



OCORREU UM SINISTRO, E AGORA?



A **CAPEMISA** conta com a segurança e a tradição de quem está há mais de 55 anos no mercado, tornando você e a sua família mais seguros, felizes e com ainda mais motivos para aproveitar o que realmente importa.

Nesta parceria com a **Libercard**, ainda que alguma surpresa desagradável aconteça, os seus compromissos financeiros assumidos estão garantidos. E, para facilitar, preparamos este manual com algumas **indicações e documentos a serem preenchidos**. Guarde-o ou volte aqui no *site* para consultá-lo sempre que precisar. Compartilhe-o com a sua família também.

Se tiver alguma dúvida, faça contato com a nossa Central de Relacionamento, será um prazer atendê-lo.

CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Rua São Clemente, 38 – Botafogo – Rio de Janeiro/RJ – CEP 22260-900

Central de Relacionamento (segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados):

4000-1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas) • **0800 723 3030** (Demais Localidades)

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA EM CASO DE OCORRÊNCIA DE SINISTRO

Estipulante: MANDACARU ADMINISTRADORA DE CARTOES S/A (LIBERCARD) Contrato: 109658

CNPJ: 09.370.323/0001-41

a) No caso de Cobertura de Morte Acidental (MA)

- 1 Formulário do “Aviso de Sinistro”, totalmente preenchido, sem rasuras e assinado pelo comunicante;
- 2 Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- 3 Cópia do RG e CPF do Segurado;
- 4 Boletim de Ocorrência Policial e/ou Laudo de Necropsia do Instituto Médico Legal (se for o caso).

b) No caso de Cobertura de Perda de Renda por Demissão Involuntária (PRDI)

- 1 Formulário do “Aviso de Sinistro”, totalmente preenchido, sem rasuras e assinado pelo Segurado;
- 2 Cópia do RG e CPF do Segurado;
- 3 Cópia da Rescisão de Contrato de Trabalho com assinaturas pertinentes;
- 4 Comprovante do Saldo Devedor;
- 5 Cópia da Carteira Profissional de Trabalho (das páginas de identificação, último registro com a devida baixa do vínculo empregatício e da página seguinte a ela).

Documentação que qualifica o(s) Beneficiário(s):

a) Documentação pertinente ao Estipulante MANDACARU ADMINISTRADORA DE CARTÕES S/A

- 1 Cópia do Contrato Social e respectivas alterações;
- 2 Cópia do cartão do CNPJ do estipulante;
- 3 Cópia do Comprovante bancário do estipulante.

Documentação que qualifica o(s) Beneficiário(s):

- 1 Cópia do RG e CPF do Segurado;
- 2 Cópia do Comprovante de residência;
- 3 Cópia do Comprovante bancário do beneficiário.

Os documentos relacionados ao processo de Sinistro deverão ser encaminhados para o seguinte endereço:

Aos Cuidados da Regulação de Sinistro

CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A
Rua São Clemente, n.º 38 – Botafogo
Rio de Janeiro – RJ
CEP: 22.260-900

Contatos:

Gerência: Rosemara Pimentel – rosemara.pimentel@capemisa.com.br | telefone de contato: (21) 4009-5014

Supervisão: Luciana Carvalho – luciana.carvalho@capemisa.com.br | telefone de contato: (21) 4009-7719



**AVISO DE SINISTRO
PERDA DE RENDA POR DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO**

Sinistro N.º	Sucursal	Domicílio
--------------	----------	-----------

DADOS DO SEGURADO

Nome Completo				Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	
Dt. Nascimento	Estado Civil	Profissão / Atividade		Renda bruta mensal R\$	
CPF	N.º Doc. Identificação	Natureza Doc. Identificação	Órgão Expedidor	Dt. Expedição	
Nacionalidade (País de Nascimento)			Nome do Cônjuge ou Companheiro		
DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail	
Endereço residencial			N.º	Complemento	CEP
Bairro		Cidade		UF	País

INFORMAÇÃO DO EVENTO

Data de Admissão	Data de Demissão
Motivo da Demissão	

Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> Conta-corrente <input type="checkbox"/> Conta Poupança		
Banco	Agência – DV	Conta – DV

AUTORIZAÇÃO DO SEGURADO

AUTORIZO OS PERITOS DA SEGURADORA A REQUERER INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS, OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADA OU PÚBLICAS, QUE ME TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTOS MÉDICO-LEGAIS, PROMOVEDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA POR MEIO DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, TAMBÉM DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.

Local	Data	Assinatura do Segurado ou Responsável
-------	------	---------------------------------------

DADOS DA CAPEMISA	
Assinatura do Funcionário	Data do Recebimento

Sucursal: _____ Data de Comunicação: _____
Número: _____ Data de Óbito: _____

MN/MQC OC
 MA OF

OC - Óbito de Cônjuge OF - Óbito de Filho
MA - Morte Acidental MN - Morte Natural

DADOS DO PARTICIPANTE/SEGURADO

Nome Completo: _____ Data de Nascimento: _____
IDPF: _____ CPF: _____ Sucursal: _____
Rua, Av. etc.: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____ Ramal: _____

DADOS DOS PLANOS/PRODUTOS

PLANO/PRODUTO	CONTRATO	NCI	SITUAÇÃO	DATA/SITUAÇÃO	UNIDADE DE CONSIGNAÇÃO/ESTIPULANTE
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

DADOS DO DECLARANTE

Nome Completo: _____ Parentesco: _____
Identidade: _____ Data de Expedição: _____ CPF: _____
Rua, Av. etc.: _____ Número: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____ DDD: _____ Telefone: _____ Ramal: _____
Local: _____ Data: _____ Assinatura do Declarante: _____

DADOS DA CAPEMISA

Observações: _____


ANEXOS	AUTENTICADOS
<input type="radio"/> Certidão de Óbito	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Identidade	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> CPF	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Contracheque	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
<input type="radio"/> Comprovante de Residência	<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não

Nome do Funcionário: _____ Matrícula: _____ Assinatura do Funcionário: _____



CAPEMISA

SEGURADORA

Central de Relacionamento: 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas) e 0800 723 3030 (Demais Regiões). Disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h (exceto feriados) | **SAC - Serviço de Atendimento ao Consumidor:** 0800 940 1130 e 0800 723 4030 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos). Disponível 7 dias por semana, 24 horas por dia, para prestar informações, reclamações e cancelamentos | **Ouvidoria:** 0800 707 4936. Nossa Ouvidoria atua na defesa dos direitos dos consumidores, com objetivo de assegurar o cumprimento das normas legais regulamentares relativas aos direitos do consumidor. Disponível de segunda a sexta-feira, das 8h às 17h | www.capemisa.com.br |  facebook.com/capemisa.seguradora