



## **AVISO DE SINISTRO DOENÇAS GRAVES – TITULAR (SEGURADO PRINCIPAL)**

A análise do processo de sinistro começa com a comunicação de sinistro à Seguradora. No caso de evento (s) que possa (m) acarretar em responsabilidade da Seguradora, deverá ser comunicada de imediato, pelo (s) beneficiário (s) ou seu representante (s) legal (is), no formulário Aviso de Sinistro, via carta ou e-mail, contendo em seu teor data, local, hora e causa do evento. A seguir, apresentamos a relação dos documentos necessários, bem como impressos que deverão ser apresentados.

## RELAÇÃO DE DOCUMENTOS – DOENÇAS GRAVES – TITULAR (SEGURADO PRINCIPAL)

### Documentos do Segurado

- Original do Aviso de Sinistro (formulário anexo), preenchido pelo Reclamante/Segurado/Beneficiário e o Médico que assistiu o Segurado. O médico precisa datar, informar o número do CRM, carimbar e assinar o formulário;
- Cópias simples dos exames e laudos realizados para diagnóstico, tratamento e alta;
- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência;
- Formulário de Autorização para crédito em conta corrente (formulário anexo), devidamente preenchido e assinado, para o caso de eventual pagamento de indenização. Anexar cópia simples do cartão do banco, cabeçalho do extrato bancário ou do talão de cheque, para conferência dos dados informados, caso o banco venha a rejeitar o crédito;
- Formulário do registro de informações cadastrais – Pessoa Física – Circular SUSEP nº 445/2012.

Para Segurados pertencentes a apólices coletivas, providenciar também:

- Cópia Simples da Ficha de Registro de Empregados ou da Ficha Associativa;
- Cópia Simples dos 3 últimos holerites, no caso de o Estipulante ser o empregador.

### OBSERVAÇÕES:

01 – Caso haja necessidade, outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora.



AVISO DE SINISTRO DOENÇAS GRAVES - TITULAR (SEGURADO PRINCIPAL)

Dados Pessoais do Segurado

NOME CPF

INFORMAR OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUÍ SEGURO(S) DE VIDA E/OU ACIDENTE PESSOAL

DDD TEL. FIXO DDD TEL. MÓVEL E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO COMPLEMENTO

BAIRRO CEP CIDADE / ESTADO

Dados a serem preenchidos pelo Empregador

RAZÃO SOCIAL E-MAIL

DT ADMISSÃO ÚLTIMA OCUPAÇÃO CONVÊNIO MÉDICO

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO APOSENTADO DESDE MOTIVO

INFORMAR MOTIVO E PERÍODO DOS AFASTAMENTOS DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) ANOS

LOCAL E DATA ASSINATURA DO EMPREGADOR

Autorizo a American Life Companhia de Seguros através de sua assessoria médica, a obter de todo e qualquer médico, instituições hospitalares e previdenciárias, que atenderam ao sinistrado, as informações sobre seu estado de saúde. Os médicos e/ou instituições informantes ficam liberadas da obrigação de guardar sigilo profissional.

LOCAL E DATA ASSINATURA DO SEGURADO



**RELATÓRIO MÉDICO  
DOENÇAS GRAVES**

**Dados do Paciente**

NOME  IDADE  SEXO  M  F

QUAL(IS) O(S) DIAGNÓTICO(S) DO SEGURADO?

PRIMÁRIO  DESDE QUANDO

SECUNDÁRIO  DESDE QUANDO

OUTROS  DESDE QUANDO

DESDE QUANDO É MÉDICO ASSISTENTE DO PACIENTE?

DATA DA 1ª CONSULTA  DATA DA ÚLTIMA CONSULTA  DATA ÚLTIMO AFASTAMENTO  DATA DA APOSENTADORIA

O PACIENTE ESTÁ TOTALMENTE INVÁLIDO?  SIM  NÃO A INVALIDEZ É DEFINITIVA?  SIM  NÃO

ENCONTRA-SE O PACIENTE COM QUADRO CLÍNICO DEFINIDO?  SIM  NÃO

QUAL A DATA DA CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL E DEFINITIVA DO PACIENTE?

QUAL O PROGNÓSTICO DO MESMO?

QUAIS AS QUEIXAS ATUAIS?

DESCREVA A SINTOMATOLOGIA E EXAMES MÉDICOS ESPECIALIZADOS QUE PERMITIRAM A CARACTERIZAÇÃO DA INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE.

HOUVE ANTECEDENTES CLÍNICOS? (FAVOR ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)

O SEGURADO TEVE OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, INFORMAR NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS MESMOS.

O SEGURADO ENCONTRA-SE EM PLENA ATIVIDADE LABORATIVA?  SIM  NÃO

QUAIS SÃO AS QUEIXAS ATUAIS?

**Dados do Médico**

NOME LEGÍVEL  CRM Nº  TELEFONE COM DDD

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO SOB CARIMBO



**AUTORIZAÇÃO NO CASO DE EVENTUAL PAGAMENTO**

NOS TERMOS DA LEI Nº 10.214/01(\*)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do(a) beneficiário(a) do seguro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores nomeados pelos beneficiários. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar problemas no eventual pagamento da indenização e no banco indicado.

Segurado: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Favorecido: \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, Município e Estado(UF): \_\_\_\_\_, telefone fixo - DDD ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ e telefone celular - DDD ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento/crédito, na conta corrente abaixo indicada de minha titularidade.

O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do favorecido, não sendo possível em contas benefício do Órgão Previdenciário (INSS), caixa fácil e conta-conjunta onde o favorecido não seja o titular da conta, caso contrário o crédito será rejeitado pelo banco. Anexar a este formulário cópia de qualquer documento comprobatório dos dados bancários informados, como: cópia de cabeçalhos de cheque ou extrato bancário; cartão bancário ou comprovante de abertura de conta-corrente ou poupança.

**Dados Bancários para Crédito**

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

\_\_\_\_\_

Número e nome do Banco

\_\_\_\_\_

Número da Agência (com o dígito)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Número da Conta e Dígito

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tipo de Conta :  Conta corrente

Conta poupança

Conta conjunta de titularidade do beneficiário

**Categoria do Beneficiário(a)**

Indique abaixo a categoria em que se enquadra:

**maior (igual ou acima de 18 anos).**

**incapaz**- o formulário deverá ser assinado pelo curador (anexar cópia do termo de curatela, RG, CPF e comprovante de endereço do curador).

Alertamos que, em caso de divergências nos dados acima informados por mim, seja: nº CPF, banco, agência, dados da conta corrente/poupança, o crédito bancário será recusado pelo banco. e a **American Life Cia. Seauros** não poderá ser responsabilizada pela não efetivação do respectivo crédito.

Local e Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do beneficiário (a), conforme consta no RG.

Local e Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do representante legal do beneficiário (tutor /curador)

**Obs.:** Caso o favorecido/beneficiário não seja alfabetizado, deverá assinar com 02 testemunhas ( a rogo).

**ORIENTAÇÕES IMPORTANTES**

1. A solicitação de preenchimento deste formulário pela American Life Companhia de Seguros não implica no reconhecimento de sua obrigação de pagamento do capital segurado, estando o sinistro sujeito a análise e caracterização da cobertura pleiteada, tampouco equivale ao termo de quitação.
2. O depósito somente poderá ser efetuado em conta de titularidade do beneficiário. Favor **não informar** dados bancários em que o beneficiário não seja o 1º titular, pois o crédito não será efetivado.
3. Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos, evitando rasuras.

(\*) Lei 10214/01 - Regulamenta o sistema brasileiro de pagamento sobre a forma, liquidação e compensação de pagamentos em qualquer de suas formas.



**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - PESSOA FÍSICA  
CIRCULAR SUSEP 445/2012**

Sinistro/Ano

O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO É PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO DE LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, CONFORME ESTABELECIDO NA CIRCULAR SUSEP 445/2012  
O CONTEÚDO DA CIRCULAR PODE SER CONSULTADO NA ÍNTEGRA NO ENDEREÇO: [HTTP://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636](http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.a.spx?TIPO=1&CODIGO=29636)

DADOS DO FAVORECIDO			
NOME			
ENDEREÇO			
CIDADE		UF	CEP
PROFISSÃO**			
E-MAIL		(DDD) TELEFONE**	
FAIXA DE RENDA** <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 2.500,01 A R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00			
<b>ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*</b>			
EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, INFORMAR OS DADOS DO PEP*			
PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO			
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, NOME DA PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE		GRAU DE RELACIONAMENTO <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO(A) <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> OUTROS _____	C.P.F.

INFORMAR A ORIGEM DOS RECURSOS: **(SOMENTE SE FOR PEP E CASO A INDENIZAÇÃO FOR SUPERIOR A R\$ 10.000,00)**

- SALÁRIO/PRÓ-LABORE  
 APLICAÇÕES FINANCEIRAS:     POSIÇÃO ACIONÁRIA     SALDO EM CONTA     APLICAÇÕES FINANCEIRAS     COTAS DE FUNDOS     CDB     PREVIDÊNCIA     POUPANÇA     OUTROS  
 COMISSÕES  
 HERANÇA  
 BENS IMÓVEIS:     IMÓVEL RESIDENCIAL     IMÓVEL COMERCIAL     IMÓVEL LOCADO     IMÓVEL RURAL     TERRENO  
 APOSENTADORIA

\*PEP - SIGLA UTILIZADA PARA SE REFERIR ÀS PESSOAS EXPOSTAS POLITICAMENTE, DO INGLÊS POLITICALLY EXPOSED PERSON, EXPRESSÃO UTILIZADA PARA SE REFERIR A PESSOAS QUE OCUPAM OU TENHAM OCUPADO, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, CARGO POLÍTICO OU POSIÇÃO RELEVANTE EM EMPRESAS PÚBLICAS OU PÚBLICO-PRIVADA, NO BRASIL OU NO EXTERIOR. CONSIDERA-SE COM RELACIONAMENTO PRÓXIMOS ÀS PEP'S SEUS PARENTES, SÓCIOS OU REPRESENTANTES.

**\*\* PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO NOS CASOS DE PEP E/OU PESSOA NÃO RESIDENTE NO BRASIL**

DEVE SER ANEXADA A ESTE FORMULÁRIO UMA CÓPIA SIMPLES DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:

- CPF OU CNH E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA  
 NOS CASOS DE PEP E/OU PESSOA NÃO RESIDENTE NO BRASIL, ALÉM DOS DOCUMENTOS LISTADOS ACIMA, ENTREGAR CÓPIA DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:  
 → NÚMERO DE TELEFONE E CÓDIGO DE DISCAMAGEM DIRETA À DISTÂNCIA (DDD), SE HOUVER (PODE SER COMPROVADA ATRAVÉS DE CONTA DO TELEFONE FIXO/CELULAR);  
 → PATRIMÔNIO ESTIMADO OU FAIXA DE RENDA MENSAL (PODE SER COMPROVADA ATRAVÉS DO HOLLERIT OU DA DECLARAÇÃO DO I.R.);  
 → PROFISSÃO (PODE SER COMPROVADA ATRAVÉS DO HOLLERIT)

OBS.: O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO NÃO IMPLICA EM RECONHECIMENTO DA SEGURADORA AO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, O QUAL DEPENDE DA ANÁLISE DO SINISTRO E DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA.

- NÃO DESEJO PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA  
 NÃO DESEJO ENTREGAR CÓPIA DOS DOCUMENTOS ACIMA

DATA:	NOME:	ASSINATURA:
-------	-------	-------------



O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.  
Processo SUSEP nº. 15414.004232/2004-84

SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente: 0800-755-5985 - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800-770-9797 / Ouvidoria: 0800-770-1102

CNPJ: 67.865.360/0001-27