



## **AVISO DE SINISTRO INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE CÔNJUGE (SEGURADO SUPLEMENTAR)**

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 – INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE CÔNJUGE (SEGURADO SUPLEMENTAR)

### Documentos do Cônjuge Sinistrado

- Original do Aviso de Sinistro (formulário anexo), preenchido pelo Reclamante/Segurado/Beneficiário e o Médico que assistiu o sinistrado (cônjuge). O médico precisa datar, informar o número do CRM, carimbar e assinar o formulário;
- Cópia simples do primeiro atendimento hospitalar (emergência);
- Cópias simples dos exames e laudos realizados para diagnóstico, tratamento e alta;
- Cópia autenticada do Laudo de Corpo de Delito expedido pelo Instituto Médico Legal (I.M.L.), se houver;
- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência (\*);
- Cópia simples da CNH (Carteira Nacional de Habilitação) do sinistrado, no caso de acidente de trânsito em que o cônjuge tenha sido o condutor do veículo envolvido no acidente;
- Cópia autenticada do Boletim de Ocorrência, onde conste a descrição das circunstâncias em que ocorreu o acidente;
- Cópia simples da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), se for o caso;
- 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.

### Documentos do Segurado – Titular do seguro

- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência (\*);
- Se casado: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada do Segurado (extraída após o acidente do cônjuge);
- Se separado judicialmente: cópia autenticada da Certidão de Casamento (extraída após o acidente do cônjuge), com a averbação da separação;
- Se em união estável: juntar no mínimo três provas da união marital (Declaração de Imposto de Renda ou cartão do plano de saúde do segurado principal, onde o cônjuge figure como dependente dele, dependência do cônjuge inscrita na Carteira de Trabalho ou na Ficha de Registro de Empregado do segurado principal, Certidão de nascimento dos filhos do casal, comprovante de conta bancária conjunta, imóveis em nome dos dois, contrato de locação, entre outros);

Para Segurados pertencentes a apólices coletivas, providenciar também:

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

### **OBSERVAÇÕES:**

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

(\*) Enviar comprovantes de residência, contas de consumo (água, luz, gás) ou da Prefeitura (IPTU), emitidas nos últimos 3 meses.



**AVISO DE SINISTRO  
INVALIDEZ POR ACIDENTE - CÔNJUGE**

**Dados Pessoais do Cônjuge**

NOME  CPF

DATA NASCIMENTO  ESTADO CIVIL  PROFISSÃO

INFORMAR OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUI SEGURO (S) DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS

DDD TEL. FIXO  DDD TEL. CELULAR  E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO  COMPLEMENTO

BAIRRO  CEP  CIDADE / ESTADO

**Descrição do Evento**

DATA  HORA  LOCAL

REGISTRO POR AUTORIDADE POLICIAL  BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°  DISTRITO POLICIAL

( ) SIM ( ) NÃO  
DESCREVER DETALHADAMENTE COMO OCORREU O ACIDENTE, AS CIRCUNSTÂNCIAS, CAUSAS E CONSEQUENCIAS

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 sinistro, 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**  
**INVALIDEZ POR ACIDENTE - CÔNJUGE**

**Dados do Paciente**

NOME  IDADE  SEXO  M  F

DATA DO ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO

HOUE DOENÇA ANTERIOR QUE COMPLICASSE OU AGRAVASSE AS LESÕES CAUSADAS PELO ACIDENTE

( ) SIM ( ) NÃO ESCLARECER

EXISTIAM LESÕES OU LIMITAÇÕES FÍSICAS PREEXISTENTES A DATA DO ACIDENTE

( ) SIM ( ) NÃO ESCLARECER

TRATAMENTOS INSTITUÍDOS CLÍNICOS E/OU CIRÚRGICOS E SUAS DATAS

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

HOUE INTERNAÇÃO? HOSPITAL TIPO DE ATENDIMENTO PERÍODO HOSPITALIZAÇÃO

EMERGENCIAL  ELETIVO

EMERGENCIAL  ELETIVO

EMERGENCIAL  ELETIVO

O PACIENTE ESTÁ EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? E, CASO NEGATIVO, INFORME:

DATA DA ALTA HOSPITALAR TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO DATA ALTA MÉDICA

EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZÁ-LA? ( ) SEM INVALIDEZ ( ) COM INVALIDEZ

CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZÁ-LA? ( ) PARCIAL ( ) TOTAL ( ) TEMPORÁRIA ( ) PERMANENTE

DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E O

O PACIENTE FOI TRATADO POR OUTROS MÉDICOS? CASO AFIRMATIVO, INDICAR NOME E ENDEREÇO E TELEFONE

**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 N° 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. Seguros** 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.aspx?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
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*			
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	C.P.F.
		<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 _____	

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. 10.005338/00-01

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