



AVISO DE SINISTRO INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL E/OU PARCIAL POR ACIDENTE DO 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
INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL E/OU PARCIAL POR ACIDENTE DO
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;
- 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 Segurado, no caso de acidente de trânsito em que o Segurado 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.

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
INVALIDEZ POR ACIDENTE - TITULAR**

Dados Pessoais do Segurado

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

Dados a serem preenchidos pelo Empregador

RAZÃO SOCIAL E-MAIL

DT ADMISSÃO ÚLTIMA OCUPAÇÃO CONVÊNIO MÉDICO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO

APOSENTADO SIM NÃO DESDE MOTIVO

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

LOCAL E DATA

ASSINATURA SOB CARIMBO

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
INVALIDEZ POR ACIDENTE - TITULAR

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

EMERGENCIAL

ELETIVO

PERÍODO HOSPITALIZAÇÃO

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 CLASSIFICANDO SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL (0% A 100%)

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 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.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"/> CÔNJUGE
		<input type="checkbox"/> ENTEADO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A)	<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 À 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