

AVISO DE SINISTRO MORTE NATURAL – TITULAR (SEGURADO PRINCIPAL)

A liquidação do sinistro começa com o AVISO DO 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 - MORTE NATURAL TITULAR (SEGURADO PRINCIPAL)

Documentos do Segurado

- Original do Aviso de Sinistro (formulário anexo), preenchido pelo Reclamante/Beneficiário e médico que assistia o segurado. O médico precisa datar, informar o número do CRM, carimbar e assinar o formulário;
 - Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
 - Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência (*);
- Para Segurados pertencentes a apólices coletivas, providenciar também:
- Cópia autenticada do Termo de Rescisão Contratual por morte;
 - 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.
- Para reembolso de despesas decorrentes do funeral do (a) cônjuge, quando a apólice prever essa garantia, apresentar:
- Originais das despesas decorrentes do funeral (recibos e notas fiscais);
 - RG, CPF, comprovante de residência do custeador(*);
 - Formulário de Autorização para crédito do custeador;
 - Formulário do registro de informações cadastrais (conforme Circular SUSEP 445/2012) do custeador;
 - Declaração feita pelo custeador, informando que o reembolso só será solicitado na American Life Cia. de Seguros.

Documentos do Beneficiário

I – Caso o Segurado (a) tenha deixado seus beneficiários designados, enviar:

- Proposta de Seguro, onde conste a designação de beneficiários, feita de próprio punho, assinada e datada pelo Segurado;
- Cópia simples das Certidões de Nascimento e/ou Casamento dos beneficiários designados pelo Segurado;
- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência (*) dos beneficiários designados pelo Segurado;
- Formulário de Autorização para Crédito em conta (modelo anexo – apresentar uma autorização para cada beneficiário, 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, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 445/2012.

II – Quando não há designação de beneficiários, seguirá o Artigo 792 do Código Civil Brasileiro. Portanto, enviar:

- Original da Declaração de Únicos Herdeiros com as assinaturas reconhecidas em cartório por semelhança (modelo anexo, para orientação);
- Cópia simples das Certidões de Nascimento e/ou Casamento dos herdeiros deixados pelo Segurado;
- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência (*) dos herdeiros deixados pelo Segurado;
- Formulário de Autorização para Crédito em conta (modelo anexo – apresentar uma autorização para cada beneficiário, 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, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 445/2012.

Segurado casado ou com união estável (marital), encaminhar também:

- Se casado: cópia autenticada da Certidão de Casamento atualizada do Segurado (extraída após o óbito), onde conste a averbação do falecimento do segurado;
- Se separado judicialmente: cópia autenticada da Certidão de Casamento (extraída após o óbito), 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);
- Cópia simples do RG, CPF e comprovante de residência (*) do Cônjuge ou Companheiro (a);
- Formulário de Autorização para Crédito em conta do Cônjuge ou Companheiro (a) (modelo 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, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 445/2012.

OBSERVAÇÕES:

- 01 – Caso haja necessidade, outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora;
- 02 – Se os herdeiros forem menores impúberes (menor de 16 anos), encaminhar também a cópia simples do RG, CPF, comprovante de residência(*) do responsável do menor, formulário de Autorização para Crédito em conta do responsável (a) (modelo 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) e o Formulário do registro de informações cadastrais pessoa física, conforme dispõe a Circular SUSEP nº 445/2012 (anexo).



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

AMSO DE SINISTRO
MORTE NATURAL - TITULAR

Dados Pessoais do Segurado

NOME CPF

DATA NASCIMENTO ESTADO CIVIL PROFISSÃO

INFORMAR OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS O SEGURADO POSSUÍA SEGURO (S) DE VIDA E/OU ACID. PESSOAIS:

Dados do Reclamante/Beneficiário

NOME CPF

GRAU DE PARENTESCO COM O SEGURADO

DDD TEL. FIXO DDD TEL. CELULAR E-MAIL

ENDEREÇO COMPLETO COMPLEMENTO

BAIRRO CEP CIDADE / ESTADO

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 RECLAMANTE



RELATÓRIO MÉDICO
MORTE NATURAL

Dados do Paciente

NOME IDADE SEXO M F

Causa da Morte

NOME DA DOENÇA E TEMPO DE EXISTÊNCIA

DIAGNÓSTICO (S) PRINCIPAL (IS) OU DE BASE E TEMPO DE EXISTÊNCIA

DIAGNÓSTICO (S) SECUNDÁRIO (S)

SINTOMAS E DATAS DE INÍCIO

<input type="text"/>	DATA DE INÍCIO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	DATA DE INÍCIO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	DATA DE INÍCIO	<input type="text"/>

História Clínica e Hospitalização

HISTÓRIA DE DOENÇAS ANTERIORES

HOUE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE DECORRENTE DOS HÁBITOS OU OCUPAÇÃO DO

TRATAMENTOS INSTITUÍDOS CLÍNICOS E/OU CIRÚRGICOS E SUAS DATAS

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

HOSPITAL	TIPO DE ATENDIMENTO	PERÍODO HOSPITALIZAÇÃO
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EMERGENCIAL <input type="checkbox"/> ELETIVO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EMERGENCIAL <input type="checkbox"/> ELETIVO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EMERGENCIAL <input type="checkbox"/> ELETIVO	<input type="text"/>

PERÍODOS DE TRATAMENTO AMBULATORIAL

TINHA O PACIENTE CONHECIMENTO DA DOENÇA? SIM, DESDE NÃO

O PACIENTE ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO? SIM, EM: NÃO

HOUE CONCESSÃO DE APOSENTADORIA? SIM, EM: NÃO

O PACIENTE TEVE OUTROS MÉDICOS DURANTE A ÚLTIMA DOENÇA? (INFOMAR NOMES E ENDEREÇOS)

Dados do Médico

NOME LEGÍVEL CRM N° TELEFONE COM DDD

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO SOB CARIMBO

MODELO DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Sinistro nº _____

Data do evento (sinistro): ___/___/___

Nome do segurado (a) /vítima _____ CPF _____

A declaração deverá ser feita pelos próprios herdeiros legais/beneficiários do seguro deixados pelo segurado, juntamente com duas testemunhas. As assinaturas de todos (herdeiros e testemunhas) deverão ser reconhecidas em cartório por semelhança.

Declaro (amos) para os devidos fins e efeitos de direitos, sob as penas da Lei, de livre e espontânea vontade e sem ser coagido (s), que o (a) segurado (a) /vítima acima citado (a) faleceu no estado civil de _____ (solteiro (a), casado (a), separado (a) judicialmente, viúvo (a) ou em convivência marital), deixando o total de _____ filho (s), sendo os únicos (as) herdeiros (as) /beneficiários (as) os citados no quadro abaixo:

Nome do herdeiro legal (beneficiário)	Grau de parentesco	Assinatura

Os herdeiros legais/beneficiários acima firmam sua responsabilidade, tanto na esfera administrativa como na judiciária, civil e criminal, sob penas da Lei, em especial no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, bem como, comprometem-se a repassar o(s) valor(es) recebido(s) à título de indenização em decorrência desta declaração, caso outros herdeiros/beneficiários, conhecidos mas não citados no quadro anterior venham a surgir, isentando a American Life Cia. de Seguros de qualquer responsabilidade.

Por ser a expressão da verdade, firmam a presente, juntamente com duas testemunhas abaixo qualificadas:

Testemunha 1:

Nome: _____ RG _____ CPF _____

Local e data

Assinatura

Testemunha 2:

Nome: _____ RG _____ CPF _____

Local e data

Assinatura

Importante: Deve ser elaborada uma única Declaração de Herdeiros para todos os herdeiros qualificados. Todos os campos são obrigatórios constar e, na ausência de qualquer informação, a American Life Cia. Seguros, reserva-se no direito de não aceitar este documento e reiterar o pedido do seu envio, para conclusão da análise do processo de sinistro.



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. 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 efetuado.
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.A.SP?TIPO=1&CODIGO=29636](http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.a.sp?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 <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-LOBORE
- 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. 10.003894/99-11

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

www.alseg.com.br

Av. Angélica, 2626 Térreo - Consolação - São Paulo/SP
CEP: 01228-200 - TEL: (11) 3017-0022