



AVISO DE SINISTRO DOENÇAS GRAVES - TITULAR

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 – DOENÇAS GRAVES – TITULAR

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;
- Originais dos exames e laudos realizados para diagnóstico, tratamento e alta (serão devolvidos tão logo analisados);
- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência do Segurado;
- 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.

Observação: 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.



AMSO DE SINISTRO DOENÇAS GRAVES - TITULAR

Dados Pessoais do Segurado

NOME [] CPF []

DATA NASCIMENTO [][][] ESTADO CIVIL [] PROFISSÃO []

INFORMAR OUTRAS SEGURADORAS COM QUE POSSUI SEGURO (S) DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS []

DDD [] TEL. FIXO [] DDD [] TEL. CELULAR [] 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 [] SIM [] NÃO [] DESDE [] MOTIVO []

AFASTAMENTOS DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 (TRÊS) 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 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.

[Empty text box for medical history]

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

[Empty text box for clinical antecedents]

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

[Empty text box for other doctors]

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. 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: _____ ou
CNPJ: _____, 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: cabeçalhos de cheque ou extrato bancário, cartão bancário ou documento do banco da abertura da 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:

() **menor (abaixo de 18 anos)** - o formulário deverá ser assinado pelo representante legal do menor: pai e/ou mãe ou na ausência de ambos, pelo tutor (anexar cópia do termo de tutela, RG, CPF e comprovante de endereço do tutor).

() **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)

Em caso de divergências nos dados acima informados por mim, seja: nº CPF/CNPJ, banco, agência, dados da conta corrente/poupança, o crédito bancário será recusado, não se responsabilizando a **American Life Cia. Seguros** por sua não efetivação.

Local e Data

Assinatura do beneficiário (a), conforme consta no RG.
assinar 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.
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 ou 2º 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.
4. Este formulário também não equivale ao compromisso de indenização, tampouco ao termo de quitação.
5. Em caso de favorecido/beneficiário pessoa jurídica, anexar cópia da última ata juntamente com o CPF e RG do representante legal, o qual representante legal, o qual assinará este formulário.

(*) 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-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