



AVISO DE SINISTRO DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (DIT) DOENÇA DO 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 – DIÁRIAS POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA – DOENÇA DO TITULAR

Documentos do Segurado

- Origina do Aviso de Sinistro (formulário anexo), preenchido pelo reclamante e médico que assistiu o segurado. O médico precisa data, informar o número do CRM, carimbar e assinar o formulário;
- Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência;
- Cópia simples dos resultados de exames realizados para diagnóstico, tratamento e alta médica;
- Em caso de intervenção cirúrgica, faz-se necessária a cópia simples do prontuário médico hospitalar completo;
- 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.

Para os segurados pertencentes a apólice coletiva, providenciar também:

- Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados ou da Ficha Associativa;
- Cópia simples dos três últimos holerites, no caso de o Estipulante ser o empregador;
- Formulário do registro de informações cadastrais

OBSERVAÇÕES:

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



AVISO DE SINISTRO
DIÁRIAS OU RENDA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - DOENÇA DO TITULAR

Dados Pessoais do Segurado

Form fields for insured person details: NOME, CPF, DATA NASCIMENTO, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, contact info, and address.

Dados do Estipulante / Sub-Estipulante

Form fields for policyholder/sub-policyholder details: ESTIPULANTE, SUB-ESTIPULANTE, and E-MAIL.

Dados a serem preenchidos pelo Empregador

Form fields for employer details: RAZÃO SOCIAL, E-MAIL, DT ADMISSÃO, ÚLTIMA OCUPAÇÃO, CONVÊNIO MÉDICO, and work absence information.

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.

Form fields for signature: LOCAL E DATA and ASSINATURA DO SEGURADO.



RELATÓRIO MÉDICO
DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA

Dados do Paciente

NOME IDADE SEXO M F

DESDE QUANDO É MÉDICO DO SEGURADO? DATA INÍCIO DOS SINTOMAS

DATA DA 1A. CONSULTA PELO PROBLEMA ATUAL DATA DO DIAGNÓSTICO

DATA DA ÚLTIMA CONSULTA DATA INÍCIO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

ORIGEM DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA (ESPECIFICAR A DOENÇA E EM CASO DE ACIDENTE, ESPECIFICAR SUA NATUREZA E LESÕES SOFRIDAS E QUAL TRATAMETO INSTITUÍDO, DESCREVER A CIRURGIA, SE REALIZADA)

QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS? EM QUE ÉPOCA?

DIAGNÓSTICO CID PROGNÓSTICO

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

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

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

O PACIENTE ESTÁ INCAPACITADO PARA O EXERCÍCIO DO TRABALHO? () SIM () NÃO

EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O PERÍODO APROXIMADO?

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

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

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 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 representará 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	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 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. 10.006151/99-01

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