

## **AVISO DE SINISTRO INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR 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 – INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE POR DOENÇA DO TITULAR

### 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 simples do RG, CPF e comprovante de residência;
- Originais de Exames e Laudos realizados para diagnóstico, tratamento e alta (serão devolvidos tão logo analisados);
- Formulário de Autorização para Crédito em conta (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:

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



AVISO DE SINISTRO
INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL
POR DOENÇA - TITULAR

Dados Pessoais do Segurado

Form fields for personal data: NOME, CPF, DATA NASCIMENTO, ESTADO CIVIL, PROFISSÃO, ENDEREÇO COMPLETO, COMPLEMENTO, BAIRRO, CEP, CIDADE / ESTADO.

Dados a serem preenchidos pelo Empregador

Form fields for employer data: RAZÃO SOCIAL, E-MAIL, DT ADMISSÃO, ÚLTIMA OCUPAÇÃO, CONVÊNIO MÉDICO, ÚLTIMO DIA DE TRABALHO, APOSENTADO, DESDE, MOTIVO.

Form fields: 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.

Form fields: LOCAL E DATA, ASSINATURA DO SEGURADO



**RELATÓRIO MÉDICO**  
**INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL**  
**POR DOENÇA - TITULAR**

**1a. Parte**

**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.

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

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

O SEGURADO ENCONTRA-SE EM PLENA ATIVIDADE LABORATIVA?  SIM  NÃO

**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

**RELATÓRIO MÉDICO**  
**INVALIDEZ FUNCIONAL PERMANENTE E TOTAL**  
**POR DOENÇA - TITULAR**  
**2a. Parte**

Nome do Paciente

ASSINALE COM "X" O QUESTIONÁRIO ABAIXO, CONFORME INSTRUÇÕES:

**Primeiro documento**

O 1º Grau de cada Atributo descreve situações que caracterizam independência do Segurado na realização de tarefas, ainda que com alguma dificuldade ou desconforto. **O quadro clínico será classificado neste grau quando todas as situações ali previstas forem reconhecidas.**

Para a classificação no 2º ou no 3º Grau, basta que ocorra **uma das situações** ali descritas. Todos os Atributos constantes no primeiro documento serão, obrigatoriamente, avaliados e pontuados.

O **segundo documento** (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e de Morbidade) valoriza cada uma das situações ali previstas.

Os itens da tabela deverão ser analisados sempre que haja o reconhecimento da situação descrita.

PRIMEIRO DOCUMENTO (ATRIBUTOS)		
RELAÇÕES COM O COTIDIANO	1º - O segurado mantém suas relações interpessoais com a capacidade de compreensão e comunicação; deambula livremente; sai à rua sem supervisão; está capacitado a dirigir veículos automotores; mantém suas atividades da vida civil, civil, preservando o pensamento, a memória e o juízo de valor.	( )
	2º - O segurado apresenta desorientação; necessita de assistência à locomoção e/ou para sair à rua; comunica-se com dificuldade; realiza parcialmente as atividades do cotidiano; possui restrições médicas de ordem relativas ou prejuízo intelectual e/ou déficit cognitivo.	( )
	3º - O segurado apresenta-se retido ao lar; tem perda na mobilidade ou na fala; não realiza atividades do cotidiano; possui restrições médicas impeditivas de ordem totalitária ou apresenta algum grau de alienação mental	( )
CONDIÇÕES CLÍNICAS E ESTRUTURAIS	1º - O segurado apresenta-se hábil; capaz de livre movimentação; não apresenta evidência de disfunção e/ou insuficiência de órgãos, aparelhos ou sistemas, possuindo visão em grau que lhe permita desempenhar suas tarefas normais.	( )
	2º - O segurado apresenta disfunção(ões) e/ou insuficiência(s) comprovadas como repercussões secundárias de doenças agudas ou crônicas, em estágio que o obrigue a depender de suporte médico constante (assistido) e desempenhar suas tarefas normais diárias com alguma restrição	( )
	3º - O segurado apresenta quadro clínico anormal, evolutivamente avançado, descompensado ou instável, cursando com disfunções e/ou insuficiências em órgãos vitais, que se encontre em estágio que demande suporte médico mantido (controlado), que acarrete restrição ampla a esforços físicos e que comprometa a vida cotidiana mesmo que com interação de assistência e/ou auxílio técnico	( )
CONNECTIVIDADE COM A VIDA	1º - O segurado realiza, sem assistência, as atividades de vestir-se e despir-se; dirigir-se ao banheiro; lavar o rosto; escovar os dentes; pentear-se; barbear-se; banhar-se; enxugar-se; mantendo os atos de higiene íntima de asseio pessoal, sendo capaz de manter a autosuficiência alimentar com condições de suprir suas necessidades de preparo, serviço, consumo e ingestão de alimentos.	( )
	2º - O segurado necessita de assistência e/ou auxílio técnico eventuais para trocar de roupa; entrar e sair do chuveiro; para realizar atos de higiene e asseio pessoal; para manter suas necessidades alimentares (misturar ou cortar o alimento, descascar fruta, abrir uma embalagem, consumir os alimentos com uso de copo, prato e talheres).	( )
	3º - O segurado necessita de assistência mantida às atividades de higiene e asseio pessoal diárias, assim como àquelas relacionadas à sua alimentação, não sendo capaz de cumprir sozinho para com as suas atividades fisiológicas e de subsistência alimentar diárias.	( )
SEGUNDO DOCUMENTO (Tabela de Dados Antropométricos, Fatores de Risco e Morbidade)		
A idade do segurado interfere na análise da morbididade do caso e/ou há IMC - Índice de massa corpórea superior a 40		( )
Há risco de sangramentos, rupturas e/ou quaisquer outras ocorrências iminentes que possam agravar a morbididade do caso.		( )
Há curso de recidiva e/ou progressão em doença tratada e/ou agravamento mantido associado ou não à disfunção imune.		( )
Existem mais de 2 fatores agravantes de risco e/ou há repercussão vital decorrente da associação de suas ou mais doenças crônicas em atividade.		( )
Certifica-se existir risco de morte súbita, tratamento paliativo e/ou de suporte à sobrevivência e/ou refratariedade terapêutica.		( )

**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. 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 1° ou 2° 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.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636](http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636)

**DADOS DO FAVORECIDO**

<b>NOME</b>		
<b>ENDEREÇO</b>		
<b>CIDADE</b>	<b>UF</b>	<b>CEP</b>
<b>PROFISSÃO**</b>		
<b>E-MAIL</b>		<b>(DDD) TELEFONE**</b>
<b>FAIXA DE RENDA**</b>		
<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	
<b>ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*</b>		
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

<b>DATA:</b>	<b>NOME:</b>	<b>ASSINATURA:</b>
--------------	--------------	--------------------



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](http://www.alseg.com.br)

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