



## **AVISO DE SINISTRO MORTE NATURAL - 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 - MORTE NATURAL – 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 autenticada da Certidão de Óbito;
  - Cópia simples do RG, CPF e Comprovante de residência;
- Observação:** 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.

### 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 e assinada 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 firma reconhecida (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 (comprovante de recebimento de pensão por morte do INSS, Imposto de Renda constando como dependente, cartão do plano de saúde como dependente, dependência inscrita em Carteira de Trabalho, dependência inscrita em Ficha de Registro de Empregados, Certidão de nascimento dos filhos do casal, conta bancária conjunta, declaração dos pais do Segurado, quitação de rescisão trabalhista por morte do segurado, 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 – Para reembolso de despesas tidas com o funeral, apresentar original das despesas (para apólices que prevê essa garantia), incluindo dos documentos do custeador das despesas: RG, CPF, comprovante de residência, Formulário de Autorização para crédito e Formulário do registro de informações cadastrais (conforme Circular SUSEP 445/2012).
- 03 – 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).



AVISO DE SINISTRO MORTE NATURAL - 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

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

Dados a serem preenchidos pelo Empregador

RAZÃO SOCIAL E-MAIL

DTADMISSÃO ÚLTIMA OCUPAÇÃO CONVÊNIO MÉDICO

ÚLTIMO DIA DE TRABALHO APOSENTADO 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 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"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

DATA DE INÍCIO

DATA DE INÍCIO

DATA DE INÍCIO

**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

EMERGENCIAL

ELETIVO

PERÍODO HOSPITALIZAÇÃO



EMERGENCIAL

ELETIVO



EMERGENCIAL

ELETIVO

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 segurado(a)/vítima acima citado faleceu no estado civil de \_\_\_\_\_ ( solteiro(a),casado(a), separado(a) judicialmente), viúvo(a) ou em convivência marital ), deixando como 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. 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.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 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