



American Life Companhia de Seguros

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

AVISO DE SINISTRO DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E AUXÍLIO CIRURGIA

A liquidação do sinistro começa com o AVISO DO SINISTRO à Seguradora. No caso de Evento(s) que possa(m) acarretar responsabilidade à Sociedade Seguradora, deverá ser comunicado de imediato, pelo(s) beneficiário(s) ou seu representante(s) legal(is), no formulário Aviso de Sinistro, via carta, telegrama ou fax 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.



American Life Companhia de Seguros

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E AUXÍLIO CIRURGIA

DOCUMENTOS INICIAIS - SEGURADO

- **original** do Aviso de Sinistro (formulário anexo), preenchido pelo Estipulante/Empregador, Reclamante e médico que assistia o segurado, mediante assinatura e carimbo do CRM do médico
- Cópia simples do RG e CPF
- Cópia simples do comprovante de endereço **(até 60 dias)**
- Cópia simples do atestado médico informando os dias de afastamento e o motivo **(assinatura e carimbo do CRM)**
- Cópia simples do prontuário do Hospital **(apenas para os casos que houve procedimento cirúrgico ou internação)**
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial, se for o caso
- Cópia simples do Laudo do Exame de Corpo de Delito do IML, se for o caso
- Cópia simples dos exames de alcoolemia/toxicológico ou declaração da Delegacia de Polícia de que não foram realizados, se for
- Cópia simples do Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT), se for o caso
- Cópia simples do Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente de trânsito e condutor do veículo acidentado
- Cópia simples do primeiro atendimento hospitalar **(emergência)**
- Originais de Exames e laudos realizados para diagnóstico, tratamento e alta **(serão devolvidos tão logo analisados)**
- Cópia simples da Ficha de Registro de Empregados ou da Ficha Associativa **(apenas para regime CLT)**
- Cópia autenticada dos 3 últimos holerites, no caso do Estipulante ser o empregador **(apenas para regime CLT)**

MARQUE ABAIXO QUAIS SINISTROS QUER AVISAR?

Diárias de Incapacidade Temporária por Doença – Apolice 1008200006170

Auxílio Cirurgia por Doença – Apolice 1009000000005

(assinale esta opção apenas se o seu Plano tiver essa cobertura, e se realizou alguma cirurgia com internação superior a 24h)

Autorização para Crédito em Conta (formulário anexo)

Outros documentos podem ser solicitados para análise !

**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS**DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E AUXÍLIO CIRURGIA****Dados Pessoais do Segurado**NOME CPF OUTRAS SEGURADORAS COM QUE POSSUI SEGURO (S) DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS

DDD TEL. FIXO DDD TEL. MÓVEL E-MAIL
 ENDEREÇO COMPLETO COMPLEMENTO BAIRRO CEP CIDADE / ESTADO **Descrição do Evento**DATA HORA LOCAL REGISTRO POR AUTORIDADE POLICIAL () SIM () NÃO BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° DISTRITO POLICIAL DESCREVA COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

Dados do Estipulante / Sub-EstipulanteESTIPULANTE E-MAIL SUB-ESTIPULANTE E-MAIL **Dados a serem preenchidos pelo Empregador**RAZÃO SOCIAL E-MAIL DT ADMISSÃO ÚLTIMA OCUPAÇÃO ÚLTIMO SALÁRIO CONVÊNIO MÉDICO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO APOSENTADO SIM NÃO 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 SEGURADO



American Life Companhia de Seguros

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

RELATÓRIO MÉDICO

DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR ACIDENTE E AUXÍLIO CIRURGIA

Dados do Paciente

NOME

IDADE

SEXO

 M F

Dados do Acidente

DATA DO ACIDENTE

DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO

DATA DO INÍCIO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

HISTÓRICO DO ACIDENTE

DESCRIÇÃO DETALHADA DA LESÃO

HOUE CONCORRÊNCIA DE DOENÇA ANTERIOR QUE COMPLICASSE AS LESÕES CAUSADAS PELO ACIDENTE?

() SIM () NÃO ESCLARECER

ENCONTROU ALGUM DEFEITO FÍSICO NO PACIENTE PREEXISTENTE AO ACIDENTE?

() SIM () NÃO ESCLARECER

TRATAMENTOS INSTITUÍDOS CLÍNICOS E/OU CIRÚRGICOS E SUAS DATAS

EXAMES COMPLEMENTARES REALIZADOS

HOUE INTERNAÇÃO? HOSPITAL

TIPO DE ATENDIMENTO

EMERGENCIAL

ELETIVO

PERÍODO HOSPITALIZAÇÃO

EMERGENCIAL

ELETIVO

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

DATA DA ALTA HOSPITALAR

TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO

DATA ALTA MÉDICA

EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA, COMO CARACTERIZÁ-LA? () SEM INVALIDEZ () COM INVALIDEZ

CASO EXISTA INVALIDEZ, COMO CARACTERIZÁ-LA? () PARCIAL () TOTAL () TEMPORÁRIA () PERMANENTE

DESCREVER AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA MEMBRO OU ÓRGÃO E O CLASSIFICANDO SEGUNDO O GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL (0% A 100%)

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 Nº

TELEFONE COM DDD

AFIRMO QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO VERDADEIRAS

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO SOB CARIMBO

**American Life Companhia de Seguros**

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

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 recebimento da indenização no banco.

Eu _____, portador do RG n° _____, expedido por _____, na data de _____ e inscrito junto ao CPF/CNPJ n° _____, na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do seguro de vida deixado por _____, autorizo a **American Life Companhia de Seguros** a efetuar o respectivo pagamento / crédito, de acordo com a forma abaixo:

Dados Bancários para Crédito

Nome do Titular da Conta (beneficiário)

Número de Banco e Nome

Número da Conta e Dígito

Número da Agência (sem dígito)

 /

Tipo de Conta

 Conta Corrente Conta Poupança**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)

Declaro que a conta acima mencionada é de titularidade do(a) beneficiário(a). Uma vez efetuado o pagamento / crédito do valor da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor do referido capital segurado devido.

Local e Data

Assinatura do beneficiário (a)

assinar conforme consta em RG

Local e Data

Ass. do representante legal do beneficiário (tutor /curador)

assinar conforme consta em RG



American Life Companhia de Seguros

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220
CNPJ.: 67.865.360/0001-27
Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

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.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Processos SUSEP nºs. 10.003894/99-11; 15414.003304/2007-19

REGULAÇÃO DO SINISTRO

O sinistro é regulado por:

A Mais Afinidades Serv. Administrativos Ltda, denominada AmaisVet - Seguros Veterinários, CNPJ nº 26.521.553/0001-83, com sede a Rua Dr Emilio Ribas, 765 - 3º andar - Cambuí - Campinas - Fone.: 11 96372-0053, configura como estipulante da apólice de seguro.

Dual Adm e Corretora de Seguros Ltda - Fone.: 11 96372-0053, configura como corretora de seguros das apólices, autorizada pela SUSEP 202034821.

www.amaisvet.com.br/duvidas



American Life Companhia de Seguros

Av. Angélica, 2626, térreo – Consolação – São Paulo – SP – CEP 01228-220

CNPJ.: 67.865.360/0001-27

Fone: (11) 3017.0022 – Fax: (11) 3017.0020

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Processos SUSEP nºs. 10.003894/99-11; 15414.003304/2007-19