



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 DOENÇA
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 comunicando 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 DOENÇA 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 carimbo e CRM)
- 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)
- 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

AVISO DE SINISTRO**DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA 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

Dados do Estipulante / Sub-Estipulante

ESTIPULANTE

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

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



DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA POR DOENÇA E AUXÍLIO CIRURGIA

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 TRATAMEN TO INSTITUÍDO, DESCREVER A CIRURGIA, SE REALIZADA)

QUAIS EXAMES FORAM REALIZADOS? EM QUE ÉPOCA?

DIAGNÓSTICO	CID	PROGNÓSTICO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

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 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