

Aviso de Sinistro Doenças Graves

Orientações gerais

- O termo deve ser completamente preenchido, podendo ser de forma digital ou manual, inclusive a assinatura.
- Para assinatura manual: o termo deve ser impresso, assinado com a mesma assinatura do documento de identificação e digitalizado.
- Para assinatura digital: o termo não precisa ser impresso, apenas assinado com algum serviço que permita verificação de autenticidade, como o disponibilizado gratuitamente pelo Governo Brasileiro. [Clique aqui para saber como utilizar.](#)
- Ao enviar esse formulário, o segurado/proprietário do veículo declara a veracidade das informações e assume total responsabilidade civil ou criminal, caso seja constatada qualquer falsidade nos dados preenchidos, ou por eventual rejeição de crédito.

Abaixo lista de Documentos a serem anexados a este formulário preenchido e encaminhado para seguradora através do e-mail: sinistrovida@allianz.com.br

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Cópia simples RG e CPF do Segurado;

Relatório médico;

Cópia simples dos exames médicos que auxiliaram o diagnóstico;

Comprovante de residência atual do segurado;

Termo de autorização de pagamento de sinistro mediante autorização de crédito em conta (termo abaixo);

Formulário de aviso do sinistro devidamente preenchido e assinado pelo SEGURADO.

Nota

- A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados;
- Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora;
- A entrega de documentação não é confirmação de cobertura.

Dados da Apólice

Nº da Apólice

Dados do Sinistro

Nome do Segurado

Data de nascimento

Data da Confirmação da Doença CPF

Estado Civil

Profissão

Endereço

Possui seguro em outras seguradoras?

Sim Não Se positivo, especifique:

Declaração do Reclamante ou Segurado

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, autorizo e libero o sigilo profissional aos Srs. Médicos, hospitais, clínicas, laboratórios de análises clínicas, agências do INSS e instituto da previdência que atenderam ou concederam benefícios previdenciários ao segurado(a) acima citado(a), prestarem toda e qualquer informação médica, bem como fornecer cópia de prontuário e resultados de exames que possam dispor acerca dos atendimentos prestados, à ALLIANZ SEGUROS ou ao portador desta. Signatário na qualidade de SEGURADO. Esta autorização é concedida conforme os Artigos 102/106 do Código de Ética Médica publicada no Diário de União em 26/01/1988, mediante resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1246/88, e de acordo com a Lei Federal nº 3268 de 30/09/1957 regulamentada pelo decreto lei nº 44045 de 19/07*1958, bem como em concordância com o disposto na resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1658/2002, publicada do Diário Oficial da União, em 13/12/2002.

Descreva os Detalhes da Doença

Data

Assinatura do segurado

Relatório Médico

Data da 1ª Consulta Médica Qual o diagnóstico da época?

Data da Última Consulta Qual o diagnóstico da última consulta?

De que forma foi diagnosticada a doença?

O paciente tinha conhecimento?

Sim Não Se positivo, desde quando?

Especifique a(s) doença(s) do paciente que justifique sua condição

em se tratando de cardiopatia, informar o enquadramento do paciente, segundo a classificação funcional NYHA ou CCS.

em tratamento de patologia que admita classificação ou estadiamento, queira especificá-la.

Quais tratamentos que o paciente foi submetido?

Quais exames foram realizados relativos à doença?

O paciente foi tratado anteriormente por outro(s) médicos(s)? Não Sim, especifique abaixo:

Nome do Médico Responsável

CRM

Local

Data

Assinatura/Carimbo do Médico

Dados do Segurado

Eu:

portador(a) do CPF _____ e do RG _____

na qualidade de segurado(a)

autorizo ALLIANZ SEGUROS a efetuar o pagamento da indenização a que eu tiver direito, referente à apólice nº: _____
na conta abaixo discriminada.

Banco	Nº do banco	Nº da agência	Dígito
Conta Corrente	Poupança	Nº da conta	Dígito

Após a conclusão da regulação e sendo constatada a cobertura, autorizo ALLIANZ SEGUROS S/A efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta indicada de minha titularidade.

Com a efetivação do crédito, dou a Allianz Seguros S/A plena e irrevogável quitação de valores e direitos, para nada mais reclamar, em juízo ou fora dele, relacionado ao referido evento.

Local _____ Data _____ Telefone (obrigatório) _____

Assinatura do responsável pelas informações acima

Importante

- Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário;
- Não será efetuado crédito em conta de terceiros e nem conta conjunta, caso o beneficiário não seja o titular da conta;
- Os créditos são efetuados através de DOC/TED, ficando o banco do beneficiário responsável por aceitar ou não o crédito na conta informada;
- A Allianz não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência e/ou dados incorretos informados pelo emitente e devolução de créditos em conta.

Observação: Preencha atentamente o formulário, lembrando que o beneficiário deverá ser o titular da conta. Havendo informações incorretas, poderá ocorrer a rejeição do crédito.