

Aviso de Sinistro - Seguro Individual Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

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;

Boletim de Ocorrência Policial (se houver);

Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho (se houver);

Relatório médico detalhando a natureza de lesão, grau definitivo de invalidez. Informação sobre a data da alta médica definitiva do SEGURADO;

Prontuário médico;

Cópia simples dos exames médicos realizados;

Comprovante de residência atual do segurado;

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

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

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 do Evento

CPF

Estado Civil

Ocupação

Local do Acidente

Registro Policial

Sim Não

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 como ocorreu o sinistro:

Data

Assinatura do segurado

Relatório Médico

Data do acidente Data da Internação Nome do Hospital

Internou-se para tratamento em virtude do acidente que vitimou: Clínico Cirúrgico

Encontrou no paciente defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente?
Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

Quais os tratamentos que o paciente foi submetido até a data indicada acima?

Foram esgotados todos os recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique: Data de definição da(s) sequela(s)

Descrição da sequela permanente com perda funcional causada pelo acidente de que o paciente foi vítima. Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual:

Nome do Médico Responsável CRM

Local

Assinatura/Carimbo do Médico

Data

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.