

Aviso de Sinistro - Seguro Individual Morte Acidental

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;

Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do sinistrado, quando se tratar de acidente automobilístico, caso ele tenha sido o condutor do veículo no momento do acidente;

Boletim de ocorrência policial (se houver);

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

Lauda Necroscópico;

Cópia simples do resultado do exame de dosagem alcoólica e toxicológico (se houver);

Certidão de óbito;

Formulário de aviso do sinistro devidamente preenchido e assinado pelo beneficiário

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIOS - CÔNJUGE

Cópia atualizada da certidão de casamento com averbação do óbito;

Cópia do CPF e RG;

Declaração de únicos herdeiros;

Termo de autorização de pagamento do sinistro mediante crédito em conta;

Comprovante de residência atual em nome do cônjuge.

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIOS - COMPANHEIRO(A)

Carta de concessão de pensão ou documento de comprovação legal da condição do companheiro(a) anterior ao óbito;

Cópia do CPF e RG;

Declaração de únicos herdeiros;

Termo de autorização de pagamento do sinistro mediante crédito em conta;

Comprovante de residência atual em nome do Companheiro(a).

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIOS - FILHOS, PAIS OU IRMÃOS

Cópia simples do CPF e RG;

Declaração de únicos herdeiros;

Termo de autorização de pagamento do sinistro mediante crédito em conta (inclusive em caso de beneficiário menor).

Comprovante de residência atual em nome do(s) beneficiário(s).

INCAPAZES

Termo de curatela, CPF e RG do curador.

Declaração de únicos herdeiros;

Termo de autorização de pagamento do sinistro mediante crédito em conta;

Comprovante de residência atual em nome do curador.

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

Tipo de Segurado Sinistrado: Segurado Principal Cônjuge FilhoNome do Segurado Data de nascimento

Data do Acidente Data do Óbito Gênero CPF Estado Civil Profissão

Local/Endereço Registro Policial
Sim Não**Possui seguro em outras seguradoras?**

Sim Não Se positivo, especifique:

Declaração do Reclamante

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 BENEFICIÁRIO / 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.

PREENCHER SOMENTE QUANDO O SINISTRO FOR DE CÔNJUGE

Nome Data de nascimento

CPF Profissão

Data
Assinatura do responsável pelo preenchimento:

Data
Assinatura do segurado

Na ausência de indicação de beneficiários na proposta, a indenização será paga com base no artigo 792 do Código Civil Brasileiro, o qual transcrevemos abaixo:

"Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária."

COM BASE NO ARTIGO MENCIONADO ACIMA, TEMOS:

SEGURADO	BENEFICIÁRIOS
Casado legalmente ou com companheira e filhos	50% esposa/companheira e 50% aos filhos divididos em partes iguais
Casado legalmente ou com companheira e sem filhos	50% esposa/companheira e 50% aos pais do segurado dividido em partes iguais
Solteiro, sem companheira e com filhos	100% aos filhos
Solteiro, sem companheira e sem filhos	100% aos pais
Solteiro, sem companheira sem filhos e com os pais falecidos em data anterior ao segurado	100% aos avós do segurado. Se falecidos, 100% aos irmãos

Declaração de Únicos Herdeiros

Segurado

Declaro(amos) para os devidos fins que sou(mos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal e beneficiário(s) de

nosso(a) _____, que faleceu no estado civil de _____ o(a) qual não deixa outros beneficiários, filhos e companheiro(a) pela Lei Previdenciária.

Estou(amos) ciente(s) que, caso esta **DECLARAÇÃO** não seja expressão da verdade, ressarcirei(mos) a Allianz Seguros dos prejuízo(s) decorrente(s) desta, além de responder(mos) criminalmente por infração do **Artigo 299 do Código Penal**.

NOME(S) DO(S) BENEFICIÁRIO(S)**NOME(S) TESTEMUNHAS(S)**

Local

Data

Assinatura

Siga nossas redes sociais

Precisou? É só chamar.

Segurado

Dados do Beneficiário

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.