



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A

AVISO DE SINISTRO - MORTE ACIDENTAL

Formulário 1: Chek List de documentos para regulação de Sinistro (Preenchimento obrigatório)

Corretor:	Responsável:	
Tel. Contato:	E-mail:	
Filial Resp.:	Contato:	Data de envio:

Relação de documentos para regulação do sinistro:

<input type="checkbox"/> Aviso de sinistro completo	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência do <i>segurado principal e sinistrado</i>
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito	<input type="checkbox"/> Carteira Nacional de Habilitação em caso da vítima/segurado ser o condutor do veículo na ocasião do acidente.
<input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência Policial (e/ou CAT se acidente dentro da empresa)	<input type="checkbox"/> Cópia <i>completa</i> da Carteira Profissional de Trabalho do <i>Segurado principal</i> (de capa a capa). Em se tratando de Associado ou Cooperado – documento legal, que comprove o vínculo exigido pelo seguro.
<input type="checkbox"/> Laudo de necroscópico elaborado pelo IML	<input type="checkbox"/> Certidão de casamento atualizada
<input type="checkbox"/> Laudo de exame de dosagem alcoólica e toxicológico, ou, declaração do órgão competente informando sobre a não realização;	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência cônjuge;
<input type="checkbox"/> Termo de reconhecimento de cadáver	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência de todos os filhos maiores; se menores, certidão de nascimento e documentos iniciais do responsável legal/tutor;
<input type="checkbox"/> Laudo de Perícia Técnica (Instituto criminalístico)	<u>Para seguros contributários:</u>
<input type="checkbox"/> Resultado do exame DNA (em caso de carbonização)	<input type="checkbox"/> Cópia dos dois últimos contra cheque, imediatamente anteriores ao mês do evento; <u>Para seguros com capital Global:</u> <input type="checkbox"/> Relação <i>completa</i> de FGTS (<i>GFIP/SEFIP/RE</i>) do mês do evento / sinistro; <input type="checkbox"/> <u>Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado:</u> REC – relação de estabelecimento centralizada / CAGED;

IMPORTANTE:

- É facultado à Seguradora, a solicitação de demais documentos para regulação e liquidação do processo de sinistro.
- Poderá ser solicitado as principais peças de Inquérito Policial, incluindo depoimentos, caso este documento seja relevante
- **Os documentos para definição e caracterização de beneficiários, serão solicitados pela Seguradora após caracterização da cobertura técnica do sinistro.**
- A documentação do Sinistro deverá ser encaminhada para Alfa Previdência e Vida / Matriz – Gerência de Sinistros – 7º andar.



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A

AVISO DE SINISTRO - MORTE ACIDENTAL

Formulário 2: Dados do Sinistro

(Preenchimento obrigatório)

Dados do Estipulante (Preenchimento obrigatório, se houver)

Empresa		CNPJ	
Endereço	Pessoa contato:	Tel.:	E-mail

Dados do Sub-estipulante (Preenchimento obrigatório, se houver)

Empresa		CNPJ	
Endereço	Pessoa contato:	Tel.:	E-mail

Dados do(a) Segurado(a) Principal (Preenchimento obrigatório)

Nome		Data de Nascimento	CPF
Data de Admissão na empresa	Salário Vigente na ocasião do Sinistro	Último dia trabalhado	
Endereço		Bairro	CEP
Cidade	Estado	Telefone	E-mail

Mencione outras seguradoras com as quais possui seguros:

Dados do(a) Segurado(a) Sinistrado(a) (Preencher apenas se o segurado sinistrado for diferente do segurado principal)

Nome		Data de Nascimento	CPF
Endereço		Bairro	CEP
Cidade	Estado	Telefone	E-mail

Dados do evento (Preenchimento obrigatório)

Data do óbito:	Local do Óbito:
Data do Acidente:	() Local do Acidente _____ () Trabalho () Hospital _____ () Outros
Tipo de Acidente () Trânsito () Doméstico () Trabalho () Outros _____	Causa: () Acidente Automobilístico () Suicídio () Homicídio () Latrocínio () Outros (especificar) _____
Em caso de acidente de automobilístico: () Condutor Veículo () Passageiro Veículo () Pedreste	Evento registrado por Autoridade Policial? () Não () Sim - Distrito Policial: _____
Foi realizado Exame Necroscópico? (em caso positivo, anexar cópia; caso negativo, anexar declaração IML local) () Sim () Não	Foi realizado Exame Dosagem alcoólica? (em caso positivo, anexar cópia; caso negativo, anexar declaração IML local) () Sim () Não
O óbito foi exclusivamente decorrente de acidente? Esclarecer.	

Local _____ Data ____/____/____

Carimbo/Assinatura do Estipulante / Reclamante



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A **AVISO DE SINISTRO - MORTE ACIDENTAL**

Formulário 3: Termo de Autorização

(Preenchimento obrigatório)

Eu, _____, portador(a) do RG nº _____, e inscrito no CPF sob nº _____, residente e domiciliado à (Rua/Av./) _____, nº _____, complemento: _____ Bairro: _____, cidade: _____, Estado: _____, na qualidade de _____ do Segurado(a), Sr.(a) _____, autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, a Alfa Previdência e Vida S.A., ou a quem esta delegar poderes para tanto, a solicitar cópia de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e atendimentos, junto aos médicos, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico previdenciária (INSS), que atenderam o(a) Sr(a). _____ . AUTORIZO, ainda, que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Alfa Previdência e Vida S/A, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização, nesta data.

_____, ____ de _____ de ____ .

Assinatura: _____

Nome : _____

Obs.: Poderá ser exigido pela Seguradora, reconhecimento de firma neste documento.