



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

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"/> Certidão de casamento atualizada
<input type="checkbox"/> Exame anatomopatológico da patologia que levou o segurado a óbito	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência cônjuge;
<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"/> RG, CPF e comprovante de residência de todos os filhos maiores; se menores, certidão de nascimento e documentos iniciais do responsável legal/tutor;
<u>Para seguros contributários:</u>	
<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.
- **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 NATURAL

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 de afastamento (Preenchimento obrigatório)

Aposentado: <input type="checkbox"/> Sim - Desde: _____ <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Aposentadoria: <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	Nº do benefício aposentadoria:
Recebe ou já recebeu qualquer tipo de benefício pelo INSS (auxílio doença, acidente, outros)? <input type="checkbox"/> Sim - Período: _____ <input type="checkbox"/> Não	Nº benefício 1:	Nº benefício 2:

Dados do evento (Preenchimento obrigatório)

Data do óbito:	Evento registrado por Autoridade Policial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim - Distrito Policial: _____	
Local do óbito:		
Houve atendimento médico antes do evento: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Datas:	Médicos (nome/CRM):

Local _____ Data ____/____/____

Carimbo/Assinatura do Estipulante / Reclamante



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A

AVISO DE SINISTRO - MORTE NATURAL

Formulário 3: Relatório Médico

(Preenchimento obrigatório pelo Médico assistente do segurado com firma reconhecida)

Nome Completo do(a) Falecido(a)		Idade	
Causa da Morte: Primária:		Causa da Morte: Secundária:	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a Morte (mencionar CID)			
Foi o médico do segurado durante a doença que motivou seu óbito? () Sim () Não	Há quanto tempo trata do Segurado?	Data da 1ª consulta:	Data da última visita:
Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o segurado?		Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas e resultados.	
Quando do diagnóstico, o(a) segurado(a) foi informado do mesmo? () Sim () Não Em que data?		Em caso negativo, foi informado a outra pessoa? () Sim () Não Em que data?	
O segurado teve conhecimento de toda evolução e conseqüências de sua moléstia?		Nome e Parentesco da pessoa informada sobre o diagnóstico do segurado	
Era o paciente portador de alguma outra doença? () Não () Sim. Quais? _____		Encontrou no paciente qualquer defeito físico ou doença pré-existente? Especifique: _____	
Foi realizado Necropsia (em caso positivo, o paciente deve anexar cópia do laudo de exame necroscópico) () Não () Sim			
Houve internação Hospitalar: () Sim () Não	Nome do Hospital:	Período:	
O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos: () Sim () Não			
Nome 1 _____ 2 _____ 3 _____	Endereço 1 _____ 2 _____ 3 _____	Telefone: 1 _____ 2 _____ 3 _____	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE Nome Legível: _____ _____ CRM: _____ Endereço (Comercial ou Residencial): _____ _____ Telefone (Comercial ou Residencial): _____ _____ Assinatura e Carimbo	RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA DO MÉDICO Data: ____ / ____ / ____
--	--



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

Formulário 4: 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.