



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO - ACIDENTE
() DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
() CESTA BÁSICA
() REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES

Formulário 1:
Chek List de documentos para regulação de Sinistro DIT e Cesta Básica
(Preenchimento obrigatório)

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

Relação de documentos para regulação do sinistro: DIT E CESTA BASICA

<input type="checkbox"/> Aviso de sinistro completo	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência do segurado principal e sinistrado
<input type="checkbox"/> CAT quando o fato ocorrer dentro da empresa (acidente de trabalho), Boletim de Ocorrência.	<input type="checkbox"/> CNH, caso a vítima seja condutor do veículo na ocasião do acidente
<input type="checkbox"/> Comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS.	<input type="checkbox"/> Cópia completa da Carteira Profissional de Trabalho do Segurado principal (de capa a capa). Em se tratando de Associado ou Cooperado – documento legal, que comprove o vínculo exigido pelo seguro.
<input type="checkbox"/> Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente, com descrição detalhada das lesões e procedimentos realizados	Para seguros contributários: <input type="checkbox"/> Cópia dos dois últimos contra cheque, imediatamente anteriores ao mês do evento;
<input type="checkbox"/> Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente;	Para seguros com capital Global: <input type="checkbox"/> Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro; <input type="checkbox"/> Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado: REC – relação de estabelecimento centralizada / CAGED;
<input type="checkbox"/> Declaração do hospital (ou médica), constando período de afastamento, bem como informando tratamentos que estão sendo realizados nesse período.	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva, bem como grau de invalidez em percentual do respectivo membro lesado	<input type="checkbox"/>

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 - ACIDENTE
() DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
() CESTA BÁSICA
() REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES

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

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

Relação de documentos para regulação do sinistro: DESPESAS MÉDICAS-HOSPITALARES

<input type="checkbox"/> Aviso de sinistro completo	<input type="checkbox"/> RG, CPF e comprovante de residência do segurado principal e sinistrado
<input type="checkbox"/> CAT quando o fato ocorrer dentro da empresa (acidente de trabalho), Boletim de Ocorrência.	<input type="checkbox"/> CNH, caso a vítima seja condutor do veículo na ocasião do acidente
<input type="checkbox"/> Laudo do 1º atendimento do Hospital onde o segurado foi socorrido/atendido por ocasião do acidente;	<input type="checkbox"/> Cópia completa da Carteira Profissional de Trabalho do Segurado principal (de capa a capa). Em se tratando de Associado ou Cooperado – documento legal, que comprove o vínculo exigido pelo seguro.
<input type="checkbox"/> Relatório médico pormenorizado, constando as lesões sofridas na ocasião do acidente, tratamentos realizados, evolução e data da alta médica definitiva ou previsão para conclusão do tratamento.	<u>Para seguros contributários:</u> <input type="checkbox"/> Cópia dos dois últimos contra cheque, imediatamente anteriores ao mês do evento;
<input type="checkbox"/> Notas fiscais originais das despesas médicas, acompanhadas do pedido médico	<u>Para seguros com capital Global:</u> <input type="checkbox"/> Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro; <input type="checkbox"/> <u>Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado: REC</u> – relação de estabelecimento centralizada / CAGED;
<input type="checkbox"/> Descrição dos materiais e medicamentos utilizados com os respectivos valores unitários e receituário médico	<input type="checkbox"/> Cópia do pedido médico acompanhado do resultado de exames realizados
<input type="checkbox"/> Discriminação das despesas hospitalares e serviços complementares com valores individualizados;	
<input type="checkbox"/> Para reembolso de honorários médicos, deverá constar no recibo ou nota fiscal os procedimentos realizados conforme tabela AMB, bem como carimbo do médico com CPF e CNPJ;	

Obs.: Comprovantes de medicamentos e exames necessitam ser acompanhados de adequada prescrição médica, notas fiscais e quitação dos pagamentos. No caso de tratamentos prolongados, é necessário relatório médico, detalhando os procedimentos a serem adotados, o prazo e o custo aproximado, até a conclusão.

IMPORTANTE:

- É facultado à Seguradora, a solicitação de demais documentos para regulação e liquidação do processo de sinistro.
- Todas as notas fiscais devem ser originais. Não será efetuado reembolso de qualquer natureza com cópias simples ou autenticadas de notas fiscais / recibos.
- 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 - ACIDENTE
() DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
() CESTA BÁSICA
() REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES

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 Acidente:	Local do Acidente:
Data da Alta Médica definitiva:	() 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/Corpo e Delito? (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

Dados de afastamento (Preenchimento obrigatório)

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

Local _____ Data ____/____/____

Carimbo/Assinatura do Estipulante / Reclamante



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO - ACIDENTE
 DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
 CESTA BÁSICA
 REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES

Formulário 3: Relatório Médico

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

Nome Completo do segurado / paciente: _____		Idade: _____	
Desde que data V.Sa. vinha assistindo o(a) segurado(a): _____		Houve atendimento por outro profissional? Informar nome. _____	
Qual a causa do afastamento? <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Doença Profissional		Favor especificar esta causa _____	
Quais as lesões ou moléstias apresentadas pelo(a) segurado(a) logo após o acidente? _____			
As lesões são diretamente de causa traumática? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Favor especificar a causa _____	Houve necessidade de internação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Que tratamento médico foi instituído ao paciente? _____			
Paciente está de alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> Sim. Qual data: _____ <input type="checkbox"/> Não. Tempo provável de duração do tratamento: _____			
Sinistrado está recebendo/recebeu auxílio doença pelo INSS? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Data Início: _____		Informar datas das perícias já realizadas e da imediatamente posterior: _____	
Sinistrado encaminhado para aposentadoria? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Em que data? _____		Sinistrado aposentado pelo INSS? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Em que data? _____ ____/____/____	

<p style="text-align: center;">IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE</p> <p>Nome Legível: _____</p> <p style="text-align: center;">CRM: _____</p> <p>Endereço (Comercial ou Residencial): _____</p> <p>_____</p> <p>Telefone (Comercial ou Residencial): _____</p>	<p style="text-align: center;">RECONHECIMENTO DE FIRMA DA ASSINATURA DO MÉDICO</p>
--	---



ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A
AVISO DE SINISTRO - ACIDENTE
() DIÁRIAS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA
() CESTA BÁSICA
() REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES

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.