



**ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**  
**AVISO DE SINISTRO - DOENÇA**  
( ) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE  
( ) CESTA BÁSICA

**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:**

( ) Aviso de sinistro completo	( ) RG, CPF e comprovante de residência do segurado principal e sinistrado
( ) 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.	<u>Para seguros contributários:</u> ( ) Cópia dos dois últimos contra cheque, imediatamente anteriores ao mês do evento;
( ) Declaração do médico constando período de afastamento bem como informando tratamentos que estão sendo realizados	( ) Resultados de exames médicos realizados pelo segurado por ocasião do acidente;
( ) Comunicação do resultado de exame médico expedido pelo INSS.	<u>Para seguros com capital Global:</u> ( ) Relação completa de FGTS (GFIP/SEFIP/RE) do mês do evento / sinistro; ( ) <u>Para seguros com capital global em que o recolhimento de FGTS é centralizado: REC – relação de estabelecimento, centralizada / CAGED;</u>

**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 - DOENÇA**  
( ) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE  
( ) CESTA BÁSICA

**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: ( ) 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 - DOENÇA**  
( ) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE  
( ) CESTA BÁSICA

**Formulário 3: Relatório Médico**

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

Nome Completo do(a) Paciente		Idade	
Data de Início dos Sintomas. Quais?		Data de Início do Tratamento. Quais?	
Descreva o quadro clínico atual detalhado (incluir código tabela AMB)			
Foi o médico do segurado durante todo o tratamento da doença? ( ) Sim ( ) Não	Há quanto tempo trata do Segurado / Paciente?	Data da 1ª consulta:	Data da última visita:
Qual a causa do afastamento? ( ) Acidente ( ) Doença ( ) Doença Profissional		Favor especificar esta causa	
Quando e de que forma foi diagnosticada a doença?		Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? (Anexar exames e laudos)	
Quando do diagnóstico, o(a) segurado(a)/paciente foi informado do mesmo? ( ) Sim ( ) Não Em que data?		Em caso negativo, foi informado a outra pessoa? ( ) Sim ( ) Não Em que data?	
O paciente é portador de alguma outra doença? ( ) Não ( ) Sim. Quais?		Encontrou no paciente qualquer defeito físico ou doença pré existente? Especifique:	
Houve internação Hospitalar: ( ) Sim ( ) Não		Nome do Hospital/Período:	
Sinistrado está recebendo/recebeu auxílio doença pelo INSS? ( ) Não ( ) Sim. Data Início: ____/____/____		Informar datas das perícias já realizadas e da imediatamente posterior:	
Sinistrado encaminhado para aposentadoria? ( ) Não ( ) Sim. Em que data? ____/____/____		Sinistrado aposentado pelo INSS? ( ) Não ( ) Sim. Em que data? ____/____/____	
Paciente está de alta médica definitiva? ( ) Sim. Qual data: _____ ( ) Não. Tempo provável de duração do tratamento: _____			
O Segurado foi tratado anteriormente por outros médicos: ( ) Não ( ) Sim. Informar: Mome/CRM/tel.:			

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



**ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**  
**AVISO DE SINISTRO - DOENÇA**  
(  ) DIÁRIAS DE INCAPACIDADE  
(  ) CESTA BÁSICA

**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.