

**BB SEGUROS**

**Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

**Aviso de Sinistro n.º:** \_\_\_\_\_

**Dados do Sinistrado**

1 – Nome completo: \_\_\_\_\_

2 - Classificação:  A - Titular  B - Cônjuge  C - Filho(a)

3 - CPF / CNPJ: \_\_\_\_\_

**Dados do Seguro**

4 - Nome completo do Segurado(a)/Titular: \_\_\_\_\_

5 - Seguro: \_\_\_\_\_

6 – Apólice / Proposta n.º: \_\_\_\_\_

**Sinistro – Vida**

7 – Tipo de evento: \_\_\_\_\_

8 – Data do evento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Informações Adicionais sobre o Sinistro**

9 – Caso haja a necessidade da inclusão de informações referentes á ocorrência não contemplada no aviso de sinistro, solicitamos que descreva em detalhes no espaço abaixo.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**BB SEGUROS**

**Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

**Dados do Solicitante**

10 - Nome: \_\_\_\_\_

11 - Rua/Avenida: \_\_\_\_\_

12 - Bairro: \_\_\_\_\_ 13 - Cidade: \_\_\_\_\_ 14 - UF: \_\_\_\_\_

15 - CEP: \_\_\_\_\_ 16 - DDD/Telefone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

17 - E-mail: \_\_\_\_\_

18 - Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

19 - Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_

**BB SEGUROS**

**Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

Prezado(a) Doutor(a),

Para uma efetiva análise e conclusão do processo de sinistro em questão, solicitamos o preenchimento da *Declaração do Médico Responsável* da forma mais completa possível.

Atenciosamente,

Assessoria Médica da Aliança do Brasil



**2 – O(a) senhor(a) vem assistindo o(a) Segurado(a) desde a data do acidente?**

( ) sim ( ) não

**2.1 – Em caso negativo, favor informar a partir de que data:** \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**3 – Descreva o diagnóstico do(a) acidentado(a):**

---

---

---

---

**3.1 – Caso trate-se de sequela neuropsíquica, o(a) Segurado(a) está apto(a) a gerir seus próprios negócios e bens? ( ) sim ( ) não**

**4 – As lesões são de causa traumática? ( ) sim ( ) não**

**4.1 – Se sim, qual a causa?** \_\_\_\_\_

**5 – O(a) acidentado(a) possuía algum defeito físico ou doença preexistente nos membros ou órgãos atingidos no acidente atual? ( ) sim ( ) não**

**5.1 - Se afirmativo, quais?**

---

---

---

**6 – Conforme seu conhecimento, o defeito físico ou doença preexistente mencionados podem ter agravado as consequências finais do acidente atual?**

( ) sim ( ) não

**7** – Cite a data em que foram iniciados os tratamentos relacionados às lesões sofridas pelo(a) Segurado(a): \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

7.1 – Informe abaixo os tratamentos instituídos, com as respectivas datas.

---

---

---

**8** – Houve internação hospitalar em decorrência das lesões? ( ) sim ( ) não

8.1 – Em caso afirmativo, solicitamos informar:

Nome do Hospital: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data de internação: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Data da alta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**9** – O(a) Segurado(a) submeteu-se a alguma cirurgia? ( ) sim ( ) não.

Se sim, qual cirurgia? \_\_\_\_\_

9.1 – Informe abaixo os procedimentos cirúrgicos adotados, com as respectivas datas em que foram realizados.

---

---

---

**10** – Os procedimentos resultaram alguma complicação em função dos tratamentos instituídos? Em caso afirmativo, favor informar quais e suas respectivas datas.

---

---

---

**11 – O(a) segurado(a) terá alguma incapacidade em função do acidente:**

( ) sim ( ) não

11.1 - Se afirmativo, de que tipo? ( ) Temporária ( ) Permanente

**12 – Se submetido a algum outro tratamento, pode o(a) acidentado(a) recuperar as funções dos membros ou órgãos atingidos? ( ) sim ( ) não**

12.1 - Se afirmativo, a recuperação poderá ser: ( ) Parcial ( ) Total

12.2 - Se parcial, qual o percentual de recuperação? \_\_\_\_\_ %

12.3 - Qual o tempo previsto para a recuperação?

\_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ dias

**13 – O(a) acidentado(a) poderá continuar a exercer suas funções habituais?**

( ) sim ( ) não

13.1 - Se negativo, ele(a) poderá exercer alguma outra função correspondente a sua capacitação profissional? ( ) sim ( ) não

Quais?

---

---

---

**14 – Indicar os segmentos ou funções corporais afetados, informando o grau de comprometimento da função (em percentual) e classificação (mínimo, médio, máximo ou total).**

---

---

---

**BB SEGUROS**

**Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

**15 –** Informe abaixo os dados de outros médicos que tenham assistido o(a) segurado(a) mediante ao acidente causado.

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**BB SEGUROS**

Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil

**Identificação do Médico Responsável**

Nome: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Endereço (comercial ou residencial): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo

\_\_\_\_\_  
Reconhecimento de Firma do Médico Responsável

**BB SEGUROS**

**Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

## **Autorização de Pesquisa Médica**

**Preenchimento obrigatório para seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais**

Eu, \_\_\_\_\_

**Nome Completo e Legível do(a) Segurado(a)**

\_\_\_\_\_, segurado(a) por meio da proposta n.º \_\_\_\_\_ da Companhia de Seguros Aliança do Brasil, autorizo em caso de invalidez por acidente, que os médicos, hospitais ou laboratórios prestem todas as informações solicitadas pela área médica ou assessoria médica dessa Seguradora, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

\_\_\_\_\_  
**Local e data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Segurado(a) com Reconhecimento de Firma**

**BB SEGUROS**

**Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

## **Autorização de Pesquisa Médica**

**Preenchimento obrigatório para seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais**

Eu, \_\_\_\_\_

**Nome Completo e Legível do Responsável Legal**

\_\_\_\_\_, autorizo, na qualidade de Responsável Legal, do(a) segurado(a)

\_\_\_\_\_  
**Nome Completo e Legível do(a) Segurado(a)**

\_\_\_\_\_, em caso de invalidez permanente total por acidente, que os médicos, hospitais ou laboratórios prestem todas as informações solicitadas pela área médica ou assessoria médica desta Seguradora, de acordo com os artigos 102 e 106 do Código de Ética Médica.

\_\_\_\_\_  
**Local e data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do(a) Segurado(a) / Responsável Legal com Reconhecimento de Firma**



- A exatidão dos dados da conta informados para o pagamento da indenização é de inteira responsabilidade do declarante.
- Os dados bancários incompletos ou incorretos impedem a liberação do pagamento pelo Banco.
- É necessário verificar cuidadosamente seus dados antes do preenchimento do formulário. Evite rasuras.
- Em caso de menores emancipados, deverá ser encaminhado o documento que comprove a emancipação.
- Se o CPF do(a) beneficiário(a) estiver inativo, deverá ser providenciada a regularização, caso contrário, o pagamento da indenização não será realizado.
- Não será efetuado crédito em conta salário.
- É necessário o preenchimento da autorização de pagamento de sinistro por cada beneficiário indicado.

**Declaro que a assinatura do presente termo não implica no reconhecimento do direito à indenização securitária, que está condicionada à verificação da cobertura do evento e apuração do valor para indenização pela Companhia de Seguros Aliança do Brasil, conforme as condições contratuais do seguro.**

Com o crédito do valor da indenização apurada pela Companhia de Seguros Aliança do Brasil na conta indicada, outorgo a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação do valor indenizado.

---

Local/ Data

---

**Assinatura do Declarante**

**Relação de Documentos****Cobertura de Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)**

<b>Nome do Documento</b>	<b>Tipo de Cópia</b>	<b>Origem</b>
Boletim de Ocorrência Policial (BO), quando houver acidente automobilístico e/ou público	Cópia autenticada	Delegacia de polícia
Carta de concessão da aposentadoria, se houver	Cópia autenticada	INSS
Carteira Nacional de Habilitação (CNH), se acidente automobilístico e o segurado for o condutor	Cópia autenticada	Documento pessoal. Caso tenha sido extraviado, solicitar ao DETRAN
Comprovante de residência em nome do segurado e indicação de número de telefone da pessoa que abriu o aviso de sinistro (solicitante)	Cópia	Documento pessoal
Comunicado de Acidente de Trabalho (CAT), se for o caso	Cópia autenticada	Empresa em que o segurado trabalha
Declaração Médica (utilizar o formulário de declaração médica de Morte Acidental), carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro (segurado titular/ cônjuge), com firma reconhecida em cartório	Original	Médico assistente

**BB SEGUROS****Companhia de Seguros  
Aliança do Brasil**

Exame de raios X do segmento (órgão ou parte do corpo) afetado, com Laudo Radiológico (ou Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Eletroencefalograma, Eletroneuromiografia)	Original	Hospital onde o segurado foi atendido
Formulário "aviso de sinistro" assinado	Original	Documento encaminhado pela Seguradora no kit de sinistro, que deverá ser datado e assinado pelo solicitante (na ausência deste, o documento pode ser encontrado no Banco do Brasil)
Laudos dos exames toxicológicos e de dosagem alcoólica ou declaração emitida pelo órgão competente, indicando a não realização dos referidos exames (se o condutor do veículo for o segurado)	Cópias autenticadas	Instituto Médico Legal (IML)
RG e CPF da pessoa que sofreu o sinistro (segurado titular/ cônjuge)	Cópias autenticadas	Documento pessoal