

Aviso de Sinistro

Diárias de Incapacidade Temporária (DIT) DMH-O (Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas)

Orientações gerais

- O termo deve ser completamente preenchido, podendo ser de forma digital ou manual, inclusive a assinatura.
- Para assinatura manual: o termo deve ser impresso, assinado com a mesma assinatura do documento de identificação e digitalizado.
- Para assinatura digital: o termo não precisa ser impresso, apenas assinado com algum serviço que permita verificação de autenticidade, como o disponibilizado gratuitamente pelo Governo Brasileiro. [Clique aqui para saber como utilizar.](#)
- Ao enviar esse formulário, o segurado declara a veracidade das informações e assume total responsabilidade civil ou criminal, caso seja constatada qualquer falsidade nos dados preenchidos, ou por eventual rejeição de crédito.

Abaixo lista de Documentos a serem anexados a este formulário preenchido e encaminhado para seguradora através do e-mail: sinistrovida@allianz.com.br

DOCUMENTOS DO SINISTRO

Cópia simples RG e CPF do Segurado;

Cópia simples da Carteira Nacional de Habilitação do sinistrado, quando se tratar de acidente automobilístico, caso ele tenha sido o condutor do veículo no momento do acidente;

Boletim de Ocorrência Policial (se houver);

Cópia do CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho (se houver);

Relatório médico;

Prontuário médico;

Cópia de exames médicos realizados que determinam a necessidade do afastamento;

Notas Fiscais das despesas médicas (**exclusivamente para a cobertura de DMH-O**);

Comprovante de residência atual do segurado;

Termo de autorização de pagamento de sinistro mediante autorização de crédito em conta (termo abaixo);

Formulário de aviso do sinistro devidamente preenchido e assinado pela parte estipulante/beneficiário;

Empregador com vínculo empregatício: cópia da carteira profissional com as páginas iniciais, da empresa, dos afastamentos, do INSS e comunicação do resultado de exame médico expedida pelo INSS, quando for o caso;

Comprovante de rendimento do segurado, tais como: declaração do contador em formulário DECORE, declaração de Imposto de Renda ou Contracheque do mês do sinistro.

Nota

- A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados;
- Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora;
- A entrega de documentação não é confirmação de cobertura.

Siga nossas redes sociais   

Precisou? É só chamar.  

Dados da Apólice

Nº da Apólice

Dados do Sinistro

Nome do Segurado

Data de Nascimento

Tipo de Evento

Data do Evento

CPF

Estado Civil

Profissão

Acidente

Doença

Local do Evento

Registro Policial

Sim

Não

Possui seguro em outras seguradoras?

Sim

Não

Se positivo, especifique:

Declaração do Reclamante ou Segurado

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, autorizo e libero o sigilo profissional aos Srs. Médicos, hospitais, clínicas, laboratórios de análises clínicas, agências do INSS e instituto da previdência que atenderam ou concederam benefícios previdenciários ao segurado(a) acima citado(a), prestarem toda e qualquer informação médica, bem como fornecer cópia de prontuário e resultados de exames que possam dispor acerca dos atendimentos prestados, à ALLIANZ SEGUROS ou ao portador desta. Signatário na qualidade de SEGURADO. Esta autorização é concedida conforme os Artigos 102/106 do Código de Ética Médica publicada no Diário de União em 26/01/1988, mediante resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1246/88, e de acordo com a Lei Federal nº 3268 de 30/09/1957 regulamentada pelo decreto lei nº 44045 de 19/07*1958, bem como em concordância com o disposto na resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1658/2002, publicada do Diário Oficial da União, em 13/12/2002.

Descreva como ocorreu o evento

Data

Assinatura do Segurado

Siga nossas redes sociais



Precisou? É só chamar.



Relatório Médico

Nome do Paciente

Houve internação hospitalar: Não Se sim, especifique o hospital:

Data do Evento Data da Internação Alta médica prevista para

Tratamento realizado: Clínico Cirúrgico | Urgência médica: Clínico Cirúrgica

Diagnóstico principal e secundário:

Procedimento(s) cirúrgico(s) realizados(s):

Início dos Sintomas (Hora)	Data	Semana	Mês	Ano	Data da 1ª Consulta Médica
----------------------------	------	--------	-----	-----	----------------------------

Resumo da história clínica:

O paciente apresentou quadro clínico anteriormente similar ou igual: Não Sim, descreva abaixo a(s) data(s) e nome(s) do(s) médico(s):

Nome do Médico	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
----------------	----------------------	------	----------------------

Nome do Médico	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
----------------	----------------------	------	----------------------

Nome do Médico	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
----------------	----------------------	------	----------------------

O paciente necessitará continuar sob tratamento: Não Sim, detalhe no campo abaixo: Tempo de Afastamento

Nome do Médico Responsável	<input type="text"/>	CRM	<input type="text"/>
----------------------------	----------------------	-----	----------------------

Endereço

Bairro	<input type="text"/>	Cidade	<input type="text"/>	UF	<input type="text"/>	CEP	<input type="text"/>
--------	----------------------	--------	----------------------	----	----------------------	-----	----------------------

Telefone	<input type="text"/>	Especialidade	<input type="text"/>
----------	----------------------	---------------	----------------------

Local

Data

Assinatura do Médico e Carimbo

Siga nossas redes sociais   

Precisou? É só chamar.  

Dados do Segurado

Eu:

portador(a) do CPF _____ e do RG _____

na qualidade de segurado(a)

autorizo ALLIANZ SEGUROS a efetuar o pagamento da indenização a que eu tiver direito, referente à apólice nº: _____
na conta abaixo discriminada.

Banco	Nº do banco	Nº da agência	Dígito
Conta Corrente	Poupança	Nº da conta	Dígito

Após a conclusão da regulação e sendo constatada a cobertura, autorizo ALLIANZ SEGUROS S/A efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta indicada de minha titularidade.

Com a efetivação do crédito, dou a Allianz Seguros S/A plena e irrevogável quitação de valores e direitos, para nada mais reclamar, em juízo ou fora dele, relacionado ao referido evento.

Local	Data	Telefone (obrigatório)
-------	------	------------------------

Assinatura do responsável pelas informações acima

Importante

- Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário;
- Não será efetuado crédito em conta de terceiros e nem conta conjunta, caso o beneficiário não seja o titular da conta;
- Os créditos são efetuados através de DOC/TED, ficando o banco do beneficiário responsável por aceitar ou não o crédito na conta informada;
- A Allianz não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência e/ou dados incorretos informados pelo emitente e devolução de créditos em conta.

Observação: Preencha atentamente o formulário, lembrando que o beneficiário deverá ser o titular da conta. Havendo informações incorretas, poderá ocorrer a rejeição do crédito.