

## Aviso de Sinistro - Seguro Individual Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)

### 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/proprietário do veículo 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](mailto:sinistrovida@allianz.com.br)

### DOCUMENTOS DO SINISTRO

Cópia simples RG e CPF do Segurado;

Relatório médico;

Cópia simples dos exames médicos realizados;

Cópia termo de curatela (se houver);

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 SEGURADO OU CURADOR.

### 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.

## Dados da Apólice

Nº da Apólice

## Dados do Sinistro

Nome do Segurado

Data de nascimento

Data da Invalidez

CPF

Estado Civil

Profissão

Endereço

### 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 os Detalhes da Doença

Data

---

Assinatura do segurado

## Relatório Médico

Data da 1ª Consulta Médica Qual o diagnóstico da época?

Data da Última Consulta Qual o diagnóstico da última consulta?

Data início da doença que levou a invalidez: De que forma foi diagnosticada a doença?

### O paciente tinha conhecimento?

Sim Não Se positivo, desde quando?

Especifique a(s) doença(s) do paciente que justifique sua condição de inválido.

Data que ficou caracterizada a invalidez

em se tratando de cardiopatia, informar o enquadramento do paciente, segundo a classificação funcional NYHA ou CCS.

em tratamento de patologia que admita classificação ou estadiamento, queira especificá-la.

Quais tratamentos que o paciente foi submetido até a data da invalidez?

Quais exames foram realizados relativos à doença que o invalidou?

A enfermidade apresentada pelo paciente determina alguma limitação física? Desde quando? De que tipo e para quais atividades (especificar):

O paciente é capaz de gerir seus bens/negócios? Apto para atos de vida civil?

Foram esgotados todos os recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique:

O paciente foi tratado anteriormente por outro(s) médico(s)? Não Sim, especifique abaixo:

Nome do Médico Responsável

CRM

Local

Data

Assinatura/Carimbo do Médico

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.**