



# Coberturas em caso de Acidente

## Formulário de Sinistro Morte Acidental ACE

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

TELEPHONE: 1 (888) 951-4ARM (4276) | FAX: (301) 453-7060

EMAIL: [claims@adventistrisk.org](mailto:claims@adventistrisk.org)

## Como Apresentar um Sinistro

1. Preencher todas as secções do formulário de sinistro em anexo.
2. Anexar os seguintes documentos:
  - Todas as despesas de saúde e recibos relacionados com a ocorrência.
  - Relatório policial, se aplicável.
  - Recortes de jornal acerca da ocorrência, se disponíveis.
  - Cópia da certificado de óbito final.
  - Relatório da autópsia.
3. Enviar o formulário de sinistro preenchido e assinado e todos os documentos requeridos para:

Adventist Risk Management, Inc.

Sinistros e Serviços Jurídicos

12501 Old Columbia Pike

Silver Spring, MD 20904

E-mail: [claims@adventistrisk.org](mailto:claims@adventistrisk.org)

Telefone: 1 (888) 951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

4. Guardar uma cópia para registo.

Por favor, familiarize-se com o resumo das coberturas prestadas pela sua entidade patronal. Existem provisões, limitações e exclusões na apólice. A Companhia de Seguros ACE faz a determinação final sobre o pagamento ou recusa de todos os sinistros.

UM PERITO DE SINISTROS CONTACTÁ-LO-Á SE FOR NECESSÁRIA  
INFORMAÇÃO OU DOCUMENTAÇÃO ADICIONAIS.

**ENVIAR PARA:**

Claims & Legal Services  
Adventist Risk Management  
12501 Old Columbia Pike  
Silver Spring, MD 20904

**Telefone:** (301) 453-7060

**Fax:** (301) 453-7400

**E-mail:** [claims@adventistrisk.org](mailto:claims@adventistrisk.org)

Nome do Grupo:

Número da  
Apólice:

Além do formulário de sinistro, são necessários os seguintes elementos:

- (1) Uma Cópia Autenticada da certificado de óbito final;
- (2) O formulário de coberturas para inscrição da sua empresa e a Designação do Beneficiário;
- (3) Confirmação do Montante Principal do trabalhador e pagamento de prémio corrente;
- (4) O Relatório Policial, qualquer Relatório de Autópsia e quaisquer recortes de jornal.
- (5) Se tiver sido em Viagem de Negócios, uma cópia do itinerário do trabalhador antes do acidente, propósito da viagem, destino e origem da viagem, e confirmação de que a viagem foi autorizada pela empresa.

Segurado		Número(s) do(s) Certificado(s)	
<b>Factos Acerca do Segurado</b>			
Nome Completo		Número de Segurança Social	
Morada			
Data de Nascimento	Local de Nascimento	Data do Óbito	
Profissão		Nome da Entidade Patronal	
Morada da Entidade Patronal			

**Beneficiário**

Nome	Relação com o/a Falecido/a	Data de Nascimento	Número de Segurança Social
Morada			Telefone

**Declarações Relacionadas com o Acidente**

Data do Acidente	Local
Indicar Especificamente como Aconteceu o Acidente	
O acidente ocorreu a caminho ou durante o trabalho do/a falecido/a? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Em caso afirmativo, houve ou haverá um requerimento de sinistro para Remuneração do Trabalhador? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Nome do Portador da Remuneração do Trabalhador

Morada

**A preencher se a morte tiver resultado de um acidente em veículo a motor**

Tipo de Veículo	Proprietário Registado	O condutor faleceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Uso do veículo: <input type="checkbox"/> Negócios <input type="checkbox"/> Lazer <input type="checkbox"/> Negócios e Lazer		
Nome da autoridades de polícia a investigar o acidente		
Morada		

**A preencher em todos os sinistros**

Foi realizado um inquérito?  Sim  Não Em caso afirmativo, preencher os seguintes dados e anexar uma cópia dos processos e da sentença.

Nome do tribunal onde decorrerá a audiência.

Morada

Foi realizada autópsia?  Sim  Não Em caso afirmativo, preencher os seguintes dados e anexar uma cópia autenticada do relatório.

Nome da pessoa que realizou a autópsia	Título
--	--------

Morada

### Primeiro médico a dar assistência ao/à falecido/a após a lesão

Nome:	Morada:

### Historial clínico anterior

O/A falecido/a recebeu tratamentos devido a outras doenças nos últimos cinco anos antes do acidente?

Sim  Não Em caso afirmativo, listar o(s) médico(s) assistente(s) abaixo

1	Nome	Morada
	Doença	Datas de tratamento
2	Nome	Morada
	Doença	Datas de tratamento
3	Nome	Morada
	Doença	Datas de tratamento

### Other insurance on life of deceased

Nome da empresa	Morada	Montante
Nome da empresa	Morada	Montante
Nome da empresa	Morada	Montante
Nome da empresa	Morada	Montante

Pela minha assinatura abaixo, certifico que estas declarações e respostas são, tanto quanto é do meu conhecimento, verdadeiras e corretas.

Assinatura do beneficiário/requerente	Data
---------------------------------------	------

Morada

Eu autorizo qualquer médico, hospital, clínica, qualquer outro centro de saúde, companhia de seguros ou resseguros, agência de consumidores, entidade patronal, ou outra entidade que tenha em sua posse informação sobre o diagnóstico ou tratamento de qualquer problema de saúde físico ou doença ou tratamento ou informação não-clínica pertencente a \_\_\_\_\_, falecido/a, a facultá-la à Seguradora Americana ACE ou ao seu representante legal para fins de avaliação de um sinistro para coberturas.

Compreendo que as informações obtidas pelo uso desta autorização serão usadas pela Seguradora Americana ACE para determinar a elegibilidade para coberturas ao abrigo da apólice cujo tomador era o/a falecido/a. Qualquer informação obtida não será divulgada pela Seguradora Americana ACE a qualquer pessoa ou organização, salvo a empresas de resseguros, tomadores de apólices ou outras pessoas ou organizações com atividades comerciais ou serviços legais relacionados com o meu sinistro ou, tal como poderá ser contrariamente requerido por lei, permitido ou após minha autorização.

Concordo que uma cópia fotográfica desta Autorização seja tão válida como a original. Concordo que esta Autorização seja válida durante dois anos a partir da data apresentada abaixo.

Compreendo que eu ou o meu representante autorizado poderemos solicitar uma cópia desta autorização.

Compreendo que eu ou o meu representante autorizado podemos revogar esta autorização a qualquer momento facultando à seguradora uma notificação por escrito quanto à minha intenção de revogar.

Assinatura do Segurado, Representante Autorizado, Beneficiário ou Parente Próximo:	Data
--	------

Morada:

**Fraude Avisos:** Alguns Estados exigem que seja incluída uma declaração relativa a fraude mandatada específica estatal em todos os formulários de sinistros, enquanto outros Estados usam uma declaração relativa a fraude generalizada. A ACE USA Accident & Health adotou a declaração de aviso de fraude prescrita pelo Distrito da Columbia como sua declaração relativa a fraude standard. Salvo indicação em contrário em baixo, esta declaração deverá estar incluída em todos os formulários de sinistro, candidaturas e fóruns de inscrição.

**Aviso Genérico do Distrito da Columbia:**

É um crime fornecer informações falsas ou deturpadas a uma seguradora para fins de defraudar a seguradora ou qualquer outra pessoa. As penalizações incluem prisão e/ou coimas. Além disso, uma seguradora poderá negar coberturas de seguro se o requerente facultar informações falsas materialmente relacionadas com um sinistro.

---

Os seguintes Estados pediram-nos para usar a declaração relativa a fraude específica estatal da seguinte forma:

**Califórnia**

Para a sua proteção, a lei da Califórnia exige que apareça o seguinte neste formulário:

Qualquer pessoa que, deliberadamente, apresentar um sinistro falso ou fraudulento para o reembolso de um dano é culpado de um crime e poderá ficar sujeito a coimas e prisão.

**Colorado**

É ilícito fornecer, deliberadamente, factos ou informações falsos, incompletos ou fraudulentos a uma seguradora para fins de defraudar ou tentar defraudar a empresa. As penalizações podem incluir prisão, coimas, recusa na subscrição de seguros e indemnizações por perdas e danos. Qualquer seguradora ou agente de seguradoras que fornecerem, deliberadamente, factos ou informações falsos, incompletos ou fraudulentos a um tomador de seguro ou requerente para fins de defraudar ou tentar defraudar o tomador de seguro ou requerente em relação à liquidação ou prémio a pagar por processos de seguros deverão ser reportados à divisão de seguros do Colorado no departamento de agências regulamentares.

**Florida**

Qualquer pessoa que, deliberada e intencionalmente, queira injuriar, defraudar ou enganar alguma seguradora preencher um formulário de sinistro ou uma candidatura que contenha informações falsas, incompletas ou fraudulentas é culpada de um delito de terceiro grau.

**Nova Iorque**

Qualquer pessoa que, deliberada e intencionalmente, queira defraudar alguma seguradora preencher uma candidatura para seguros ou declaração relativa a fraude que contenha informações materialmente falsas, ou dissimular para fins de defraudar informações relacionadas com qualquer facto nas mesmas, estará a cometer um ato de seguro fraudulento, que é crime e também ficará sujeita a uma multa até 5000 dólares e o valor declarado do sinistro por cada infração.

**Oklahoma**

Qualquer pessoa que, deliberada e intencionalmente, defraudar ou enganar alguma seguradora, apresentar um sinistro para o processamento de uma apólices de seguro que contenha informações falsas, incompletas ou fraudulentas é culpada de um delito.

**Pensilvânia**

Qualquer pessoa que, deliberada e intencionalmente, queira defraudar alguma seguradora preencher uma declaração relativa a fraude que contenha informações materialmente falsas, ou dissimular para fins de defraudar informações relacionadas com qualquer facto nas mesmas, estará a cometer um ato de seguro fraudulento, que é crime e também ficará sujeita a penalizações criminais e civis.

**Maryland/Oregon**

Qualquer pessoa que, intencionalmente, queira defraudar ou sabendo que está a facilitar uma fraude contra uma seguradora entregar uma candidatura ou apresentar um sinistro que contenha uma declaração falsa ou enganosa poderá ser culpada de fraude de seguro.

**Virgínia**

Qualquer pessoa que, intencionalmente, queira defraudar ou sabendo que está a facilitar uma fraude contra uma seguradora entregar uma candidatura ou apresentar um sinistro que contenha uma declaração falsa ou enganosa poderá ter violado a lei estatal.