



Coberturas em caso de Acidente

Formulário de Sinistro Desmembramento 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

Como Apresentar um Sinistro

1. Preencher todas as secções do formulário de sinistro em anexo.
2. Anexar os seguintes documentos:
 - Relatório clínico do médico.
 - Processos clínicos.
 - Relatório policial, se aplicável.
 - Despesas de saúde relacionadas com a ocorrência.
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
Telefone: 1 (888) 951-4276 (4ARM)
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.

NVIAR PARA:

Claims & Legal Services
 Adventist Risk Management
 12501 Old Columbia Pike
 Silver Spring, MD 20904
Telefone: (301) 453-7400
Fax: (301) 453-7060
E-mail: claims@adventistrisk.org

Nome do Grupo:

Número da Apólice: Policy Number:

Declaração do Segurado

Nome do Segurado	Numero de Segurança Social	Data de Nascimento	Numero de Telefone
Morada Residencial	Contratado Por		Salário Anual
Cidade	Estado	Código Postal	Profissão
Descrever detalhadamente várias funções			
Quando ocorreu o acidente?	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	Onde ocorreu o acidente?	
Como ocorreu o acidente?			
O que estava a fazer na altura?			
Que lesão teve?		Quando parou de trabalhar?	
Nomes e moradas de todos os médicos consultados			
Nome	Morada	Cidade, Estado, Código Postal	Data de Tratamento
Que operação foi realizada?	Se foi num hospital, em qual? De: _____ Para: _____		
Nomes e moradas de testemunhas do seu acidente			

Declaração da Entidade Patronal ou do Administrador

Número da Apólice do Grupo	Número de Certificado (se aplicável)	Profissão	Salário Anual
Nome do Tomador do Seguro do Grupo	Montante do Seguro	Duração do Contrato de Trabalho De: Para:	Data de Entrada em Vigor do Seguro
Morada do Tomador do Seguro do Grupo	Se for Cancelado, Data de Cancelamento	Data do Acidente	Última Data em que Trabalhou
Assinatura do Representante Oficial		Data Assinatura	

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 _____, 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. Qualquer informação obtida não será divulgada pela Seguradora Americana ACE a qualquer pessoa ou organização, salvo a empresas de resseguros 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.

Sei que posso pedir para receber uma cópia desta 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 posso revogar esta autorização a qualquer momento facultando à seguradora uma notificação por escrito quanto à minha intenção de revogar.

Assinatura do Segurado ou do Representante Autorizado:	Data
--	------

Morada:

Aviso de Fraude: "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."

Declaração do Médico Assistente

Nome do

Data de

Morada do Doente (Número e Rua, Cidade, Estado, Código Postal)

Diagnóstico:

Se perdeu a vista, perdeu em ambos os olhos? A perda é total e irrecuperável?

Sim Não

Em caso negativo, acuidade visual nesta altura:

Sim Não

Se perdeu a audição, perdeu em ambos os ouvidos?

Sim Não

A perda é total e irrecuperável?

Sim Não

Em caso negativo, audição nesta altura:

Se perdeu a fala, a perda é total e irrecuperável?

Sim Não

Em caso negativo, fala nesta altura:

Se perdeu alguma extremidade, qual é a gravidade?

Na sua opinião, a perda foi causada por um acidente independente de todas as outras causas?

Sim Não

Na sua opinião, a perda foi causada de outra forma por doença?

Sim Não

Em caso afirmativo, listar as datas em que fez tratamento devido a esta doença: _____ ; _____ ; _____

Por favor, descreva o acidente pela sua perspetiva:

Datas de tratamento para este acidente:

(Mês,Dia,Ano)

(Mês,Dia,Ano)

(Mês,Dia,Ano)

(Mês,Dia,Ano)

Tanto quanto sabe, o doente alguma vez foi tratado devido a este problema de saúde?

Sim Não

Em caso afirmativo, explicar:

Observações:

Nome (Médico Assistente) - Imprimir

Grau/Designação Profissional

Número de Telefone

Morada do Médico (Número e Rua, Cidade, Código Postal)

Assinatura

Data

Aviso de Fraude: 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.

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

AVISO: 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.