



Coberturas em caso de Acidente

Formulário de Sinistro Médico por Acidente e Doença ACE

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike, Silver Spring, MD 20904

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

E-MAIL: claims@adventistrisk.org

How to File a Claim

1. Preencher as secções A, B, D e E no formulário de sinistro em anexo.
 - Por favor, preencha um novo formulário de sinistro para cada novo incidente (i.e. gripe, braço partido, etc.).
2. Anexar os seguintes documentos:
 - Todas as despesas de saúde e recibos relacionados com a ocorrência.
3. Enviar o formulário de sinistro preenchido e assinado (existem dois locais para assinar) e todos os documentos necessários para:

Adventist Risk Management, Inc.
Claims and Legal Services
12501 Old Columbia Pike, Silver Spring,
MD 20904 Email:
claims@adventistrisk.org
Phone: 1 (888) 951-4ARM (4276)
Fax: (301) 453-7060

4. Guardar uma cópia para registo.

Este não é o seguro de saúde completo. Por favor, consulte o resumo de coberturas prestadas pelo Gabinete de Serviços a Voluntários Adventistas. 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.

Formulário de Sinistro Médico por Acidente e Doença

Please mail completed Claim Form with itemized bills and receipts to:

(To expedite your claim, please fax it with readable receipts.)

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

Telefone: (301) 680-6870 | 1-888-951-4ARM (4276)

Fax: (301) 453-7060

E-mail: claims@adventistrisk.org

Preencher as Secções A, B e C. Preencher a Secção D se o sinistro for para um dependente, estiver válida outra cobertura, ou se o sinistro estiver relacionado com um acidente. Preencher um Formulário de Sinistro em separado para cada indivíduo. Anexar faturas e/ou recibos e devolver para a morada indicada acima. Tenha em atenção que pode digitalizar e enviar sinistros por e-mail ou fax.

SECÇÃO A DADOS DO SEGURADO / DOENTE

NamNome do Grupo		Apólice Número	
Nome do Segurado		Data de Nascimento do Segurado	
Nome do Doente		Data de Nascimento do Doente	
Morada Residencial			
Por favor, indicar os números de telefone e fax, com os códigos de país e cidade.			
Número de Telefone de Casa	Número de Telefone de Trabalho	Número de Fax	Endereço de E-mail
Nome do Gestor	Número de Telefone de Trabalho	Número de Fax	Endereço de E-mail

SECÇÃO B DADOS DA VIAGEM Por favor, preencher esta secção

A localização da minha empresa é (país de colocação)	
Sai/saímos do país supra a (Dia / Mês / Ano)	
Visitei/visitámos os seguintes países	
Estava previsto regressar/regressarmos para casa a (Dia / Mês / Ano)	
O objetivo da minha/nossa viagem era	

SECÇÃO C DADOS DE PAGAMENTO Por favor, preencher a Opção 1, 2 ou 3

<input type="checkbox"/> OPÇÃO 1 - Pagamento ao SEGURADO Por favor, indicar onde pretende receber o pagamento e em que moeda. <input type="checkbox"/> A sua morada de residência conforme lista abaixo <input type="checkbox"/> Depósito direto na sua conta bancária	
Nome na conta:	Conta n.º:
Nome do Banco:	Código Swift:
Morada do Banco:	Moeda:
IBAN:	
<input type="checkbox"/> OPÇÃO 2 - Pagamento a um Prestador de Serviços, por exp. hospital, médico Por favor, preencher o nome e a morada do Prestador de Serviços na Secção E deste Formulário de Sinistro	
<input type="checkbox"/> OPÇÃO 3-Pagamento à Entidade Patronal	
Nome da Entidade Patronal:	

Morada da Entidade Patronal:

Autorização de Pagamento: Autorizo que o pagamento seja efetuado diretamente a mim, à minha entidade patronal ou ao prestador de cuidados de saúde na Secção E deste Formulário de Sinistro.

ASSINATURA
DO SEGURADO _____

DATA _____

Assinatura do Doente e Publicação (Progenitor ou Tutor, se o sinistro for para um menor de idade), certifico, tanto quanto é do meu conhecimento, que este Formulário de Sinistro não contém informações falsas, fraudulentas ou incompletas. Autorizo a publicação de todos os registos ou de outras informações que possam ser necessárias para determinar o pagamento de um sinistro.

ASSINATURA
DO DOENTE _____

DATA _____

SECÇÃO D OUTROS DADOS DA COBERTURA

Preencher apenas se o sinistro for para um dependente e/ou se estiver válida outra cobertura ou se o sinistro estiver relacionado com um acidente ou trabalho

Tem mais algum seguro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Em caso afirmativo, indicar ao origem do seguro.	
O sinistro está relacionado com um acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		O sinistro está relacionado com trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Em caso afirmativo, facultar documentos relacionados com a lesão resultante do acidente ou de trabalho.			
Se o sinistro for resultado de um acidente, procura reembolso de outra origem? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Nome do cônjuge		Seguradora do cônjuge	
Entidade patronal e n.º de telefone do cônjuge			
Data de nascimento do dependente		O seu dependente é estudante a tempo inteiro? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo, facultar documentação da matrícula académica atual.	

SECÇÃO E MÉDICO OU PRESTADOR DE SERVIÇOS Por favor, preencher esta secção.

Nome do médico ou do prestador de serviços			
Morada			
N.º Telefone			
Diagnóstico ou natureza da doença ou lesão			
Data da doença (primeiro sintoma) ou da lesão		Data da primeira consulta devido a este problema de saúde	
Datas de hospitalização: De _____ A _____		Data em que pode regressar ao trabalho	
Datas de incapacidade total: De _____ A _____		Datas de incapacidade parcial: De _____ A _____	
N.º conta do doente		Montante pago	Saldo em dívida
Local do serviço		Código e descrição do diagnóstico	
Data do Serviço	Código e descrição do procedimento / Pré-determinação de coberturas	Encargos	Total de encargos

AUTORIZAÇÃO E DESIGNAÇÃO DE COBERTURAS

Eu, o abaixo-assinado, autorizo qualquer instituição hospitalar ou outra de cuidados de saúde, médico ou qualquer outro profissional de saúde, farmácia, organização de apoio a seguros, agência governamental, tomador de seguros do grupo, companhia de seguros, associação, entidade patronal ou administrador de plano de seguros a facultar à Companhia de Seguros citada acima ou aos seus representantes, qualquer e todas as informações em relação a qualquer lesão ou doença sofrida, o histórico médico, ou qualquer consulta, prescrição ou tratamento administrado à pessoa cuja morte, lesão, doença ou perda é a base do sinistro e cópias de todos os registos hospitalares ou clínicos dessa pessoa, incluindo informação relacionada com doenças mentais e uso de drogas e álcool, para determinar a elegibilidade para o pagamento de coberturas ao abrigo do Número de Apólice identificado acima. Autorizo o tomador do seguro, entidade patronal ou administrador de plano de seguros a facultar à Companhia de Seguros citada acima informações financeiras e relacionadas com o emprego. Compreendo que esta autorização é válida para o termo de cobertura da Apólice identificada acima e que uma cópia desta autorização deve ser considerada tão válida como a original.

- Concordo que uma cópia fotográfica desta Autorização seja tão válida como a original.
- 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 ou Representante Autorizado:	Relação, Caso não seja o Segurado	Data
---	-----------------------------------	------

Morada:

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 apólice 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.