



Desbravadores Seguro

Formulário de Sinistro Desmembramento Acidental ACE

Adventist Risk Management, Inc.

12501 Old Columbia Pike - Silver Spring, MD 20904

PHONE: 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 documentosMedical report from doctor.
 - Relatório clínico do médico.
 - 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

Email: claims@adventistrisk.org

Phone: 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

ENVIAR PARA:

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

Tel: (301) 453-7400

Fax: (301) 453-7060

E-mail: claims@adventistrisk.org

Nome do Grupo:

Número da Apólice:

Declaração do Segurado

Nome do Segurado	Número de Segurança Social	Data de Nascimento	Número de Telefone
Morada Residencial	Contratado Por		Salário Anual
Cidade	Estado	Código Postal	Profissão
Descrever detalhadamente várias funções			
Quando ocorreu o acidente?	☐ AM ☐ 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:		
Names and addresses of witnesses to your accident			

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?	☐ Sim	☐ Não
A perda é total e irrecuperável?	☐ Sim	☐ Não
Em caso negativo, acuidade visual nesta altura:		

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.

Flórida

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.