

Formulário para Pedido de Indenização de Óbito Acidental

Preencha todas as informações em LETRAS DE FÔRMA e marque as opções relevantes. Neste documento, o termo "segurado" deverá se referir ao falecido.

1 Informações detalhadas sobre o segurado (o falecido)

Número da apólice

Nome

Sobrenome

Data de nascimento | | | | |

Endereço

2 Informações detalhadas sobre a pessoa que está preenchendo este formulário

Sr. Sra. Srta. Outros

Nome

Sobrenome

Grau de parentesco com o segurado

Endereço

Telefone CÓDIGO DO PAÍS CÓDIGO DE ÁREA

E-mail

3 Informações detalhadas sobre o falecimento

3a

Data do óbito | | | | |

Natureza e causa da morte

Anexe a certidão de óbito oficial a este formulário.

3b

Foi realizada uma autópsia? Não (Em caso negativo, vá para a seção 3c)
Sim Data | | | | |

Nome do hospital onde a autópsia foi realizada

Nome do patologista

Endereço do hospital

Anexe o relatório da autópsia a este formulário.

Informações detalhadas sobre o falecimento (continuação)

3c

Data do acidente [D | D] [M | M] [A | A] Hora do acidente [h | h] [m | m]

Local do acidente _____

Natureza, causa e informações detalhadas sobre o acidente _____

Em qual data o segurado recebeu o primeiro atendimento médico? [D | D] [M | M] [A | A]

Nome do hospital/da clínica onde o segurado recebeu o primeiro atendimento médico após o acidente _____

Nome do médico _____

Endereço do hospital/clínica _____

O acidente foi reportado à polícia? Sim Não

Em caso negativo, forneça o motivo pelo qual o acidente não foi reportado _____

Em caso afirmativo, forneça o endereço da delegacia de polícia _____

Data na qual o acidente foi reportado à polícia [D | D] [M | M] [A | A]

O segurado estava sob influência de alguma substância tóxica ou drogas nas 24 horas anteriores ao acidente? Sim Não

Em caso afirmativo, forneça detalhes _____

Anexe qualquer relatório oficial do acidente a este formulário.

4 Composição da família do segurado (o falecido)

Observe que o segurado pode nos ter fornecido detalhes sobre seus beneficiários nomeados. Quando o segurado não tiver nos fornecido detalhes sobre os beneficiários nomeados, os dados de contato indicados abaixo serão usados para ajudar a estabelecer os beneficiários adequados, de acordo com os termos e condições da apólice.

O segurado estava casado na data de seu falecimento? Sim Não

Em caso afirmativo, forneça abaixo os dados de contato do cônjuge.

O segurado estava separado legalmente na data de seu falecimento? Sim Não

Se o cônjuge do segurado não tiver sobrevivido, forneça o nome, dados de contato e data de nascimento de todos os filhos vivos do segurado (incluindo enteados, filhos adotados e tutelados).

Se o cônjuge ou os filhos do segurado não tiverem sobrevivido, forneça abaixo informações detalhadas sobre os pais do segurado.

Se nenhum dos casos acima se aplicar, forneça os dados de contato do advogado/representante legal indicado para lidar com o espólio.

Dados de contato conforme solicitado acima:

Nome completo _____

Grau de parentesco com o segurado _____

Data de nascimento [D | D] [M | M] [A | A]

Endereço _____

Telefone [CÓDIGO DO PAÍS] - [CÓDIGO DE ÁREA] - _____

E-mail _____

Composição da família do segurado (o falecido) (continuação)

Nome completo	<input type="text"/>
Grau de parentesco com o segurado	<input type="text"/>
Data de nascimento	<input type="text"/> D D <input type="text"/> M M <input type="text"/> A A
Endereço	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/> CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> - <input type="text"/> CÓDIGO DE ÁREA <input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>
Nome completo	<input type="text"/>
Grau de parentesco com o segurado	<input type="text"/>
Data de nascimento	<input type="text"/> D D <input type="text"/> M M <input type="text"/> A A
Endereço	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/> CÓDIGO DO PAÍS <input type="text"/> - <input type="text"/> CÓDIGO DE ÁREA <input type="text"/> - <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

Se não houver espaço suficiente acima, utilize outro Formulário para Pedido de Indenização de Óbito Acidental.

Anexe os documentos oficiais que comprovem a composição da família do segurado e, para os beneficiários sobreviventes (indicados acima), um documento de identidade e um documento que comprove o grau de parentesco com o segurado.

Nome e dados de contato do advogado/representante legal (se aplicável)

5 Detalhes do pagamento

Após a aprovação do pedido pela Allianz Worldwide Care, o pagamento será feito à(s) pessoa(s) apropriada(s). Forneça abaixo os dados do pagamento para que possamos efetuar o pagamento da indenização. Se decidirmos que o pagamento do benefício deve ser efetuado para mais de uma pessoa, os detalhes fornecidos abaixo devem ser da pessoa nomeada por você para receber o pagamento em nome das partes relevantes.

Método de pagamento preferido: Cheque* Transferência bancária**

*Nome e endereço do beneficiário (para pagamento em cheque)

**No caso de transferência bancária, forneça as informações bancárias abaixo.

Nome do titular da conta bancária/beneficiário do pagamento como aparece em seu extrato bancário - por exemplo, João da Silva.

Especifique a moeda em que deseja receber o pagamento (e verifique se sua conta bancária aceita a moeda escolhida)

Se o seu banco estiver na União Europeia ou em um país onde o número de IBAN seja requerido, como no Catar, Arábia Saudita, Angola, Tunísia e Turquia, forneça ambos os números de IBAN e do código BIC/Swift para facilitar o pagamento do seu pedido.

Número da conta	<input type="text"/>		
IBAN (apenas quando necessário)	<input type="text"/>		
Código da agência	<input type="text"/>	Código BIC/Swift	<input type="text"/>
Nome do banco	<input type="text"/>		
Endereço do banco	<input type="text"/>		
	<input type="text"/>		

Dados Adicionais

Caso seja necessário fornecer informações adicionais para efetuar transações internacionais em seu país (como documento de identificação, CPF, CNPJ ou código bancário), indique-as no espaço ao lado:

Código Swift do banco intermediário (se aplicável):

6 Legislação de Proteção de Dados e liberação dos registros médicos

Nestas declarações, as informações referem-se aos dados e informações pessoais enviados no seu Formulário para Pedido de Indenização de Óbito Acidental e/ou em documentos/informações de apoio que podemos recolher em relação aos produtos ou serviços que fornecemos. A Allianz Worldwide Care, parte do grupo Allianz, será a controladora de dados a respeito dessas informações.

Utilizações: Informações pessoais podem ser utilizadas com a finalidade de administrar o seguro (ex. para a subscrição, processo de reembolso e prevenção a fraudes). Observe que poderemos utilizar serviços de terceiros para processar dados em nosso nome. Estes serviços, que podem ser realizados fora do Espaço Econômico Europeu (EEE), estarão sujeitos a restrições contratuais relacionadas à confidencialidade e segurança, de acordo com as obrigações impostas pela legislação de proteção de dados.

Dados sensíveis: Precisamos coletar dados sensíveis relacionados aos membros/requerentes (como dados médicos) para avaliar os termos do seguro que emitimos e/ou para administrar os pedidos de indenizações.

Divulgação de informação: Podemos compartilhar as suas informações com nossos agentes, membros do grupo Allianz, outras seguradoras e seus agentes, provedores de serviço médico, qualquer intermediário que esteja atuando em seu nome ou com órgãos reguladores (os quais sejamos membros ou regulados por eles). Em certas circunstâncias, poderemos utilizar os serviços de um investigador particular para investigar um pedido de indenização que você tenha nos enviado.

Retenção: Estamos obrigados a reter seus dados pelo período de seis anos da data de encerramento da cobertura. Não reteremos seus dados por tempo maior que o necessário e apenas os armazenaremos para o propósito que foram obtidos.

Representação e consentimento: Ao assinar este formulário você confirma que tem a autoridade de atuar em nome de seus dependentes em relação a todas as informações pessoais fornecidas, e que consente que a seguradora processe, divulgue, utilize e conserve as informações sobre você e sobre seus dependentes.

Acesso: Você tem o direito de solicitar e receber uma cópia de seus dados pessoais em nossa posse. Se desejar exercer este direito, você deve escrever para Data Protection Officer, no endereço que aparece no final deste formulário ou por e-mail para: client.services@allianzworldwidecare.com

Gravação das chamadas telefônicas: As ligações para a Central de Atendimento serão gravadas e poderão ser monitoradas por razões regulamentares ou para fins de treinamento e qualidade.

Eu certifico/nós certificamos, pelo que é de meu/nosso conhecimento, que este Formulário para Pedido de Indenização de Óbito Acidental não contém informações falsas, enganosas ou incompletas. Eu entendo/nós entendemos que, se nesta solicitação forem encontradas informações parcial ou totalmente fraudulentas, eu estarei/nós estaremos sujeito(s) a responder a processo judicial. Se algum pedido de indenização for falso, fraudulento, intencionalmente exagerado ou se meios ou dispositivos fraudulentos foram utilizados para obter benefício sob esta apólice, a Allianz Worldwide Care não pagará quaisquer benefícios para esse pedido. O valor de qualquer indenização pago a você antes da descoberta de tal ação ou omissão fraudulenta nos será imediatamente revertido e devido, e qualquer pedido de indenização que estiver ainda pendente não será pago. Eu/nós entendemos que a Allianz Worldwide Care reserva o direito de solicitar informações adicionais ou documentos necessários para processar esse pedido e me responsabilizo/nos responsabilizamos por suprir tais informações ou registros às minhas/nossas próprias custas.

Assinatura do requerente _____ Data

Nome do requerente em letras de fôrma _____

Assinatura do requerente _____ Data

Nome do requerente em letras de fôrma _____

Assinatura do requerente _____ Data

Nome do requerente em letras de fôrma _____

Assinatura do requerente _____ Data

Nome do requerente em letras de fôrma _____

Se não houver espaço suficiente, utilize outro formulário.

Se um dos pais/tutor estiver assinando em nome de um menor de idade, ou alguém que não pode assinar por si, forneça abaixo o nome do dependente e seu grau de parentesco com o segurado.

Importante - verifique se:

- O formulário foi totalmente preenchido e a seção 6 foi assinada e datada.
- A certidão de óbito foi anexada.
- O relatório da autópsia foi anexado (se aplicável).
- O relatório do acidente foi anexado (se aplicável).
- A documentação oficial que prova a composição da família do segurado foi anexada.
- Os documentos de identidade e documentos que comprovem o grau de parentesco dos beneficiários sobreviventes com o segurado foram anexados.

Envie esse formulário totalmente preenchido e os documentos adicionais solicitados, pelo correio para:

Claims Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlanda.

Para obter mais informações, entre em contato conosco:

Central de Atendimento: + 353 1 645 4040

Fax: + 353 1 630 1306

Ligações gratuitas: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

E-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Site: www.allianzworldwidecare.com