

DADOS DO SEGURADO

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)			CNPJ		
NOME DO SEGURADO			CPF		DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
TELEFONE CELULAR (DDD)	TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)	PROFISSÃO	FAIXA DE RENDA MENSAL		
			<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,00 A R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
QUANDO INICIOU A ATIVIDADE COMO AUTÔNOMO?			TIPO DE EVENTO?		
			<input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> DOENÇA		
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*					
EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, INFORMAR OS DADOS DO PEP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO					
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, INFORMAR NOME DA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA		CPF	GRAU DE RELACIONAMENTO		
			<input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS: _____		

*PEP – PESSOAS EXPOSTAS POLITICAMENTE: SÃO PESSOAS QUE DESEMPENHAM OU TENHAM DESEMPENHADO NOS ÚLTIMOS CINCO ANOS, NO BRASIL OU EM TERRITÓRIOS ESTRANGEIROS, CARGOS, EMPREGOS OU FUNÇÕES PÚBLICAS RELEVANTES, BEM COMO OS SEUS FAMILIARES, REPRESENTANTES E OUTRAS PESSOAS DE SEU RELACIONAMENTO PRÓXIMO. SÃO CONSIDERADOS FAMILIARES, OS PARENTES NA LINHA DIRETA ATÉ O PRIMEIRO GRAU, O CÔNJUGE, O COMPANHEIRO, A COMPANHEIRA, OS PAIS, OS FILHOS E OS ENTEADOS. CONSIDERA-SE COM RELACIONAMENTO PRÓXIMO AS PEP'S SEUS PARENTES, SÓCIOS E REPRESENTANTES.

AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE POR MEIO DE E-MAIL / SMS / CARTA FÍSICA?					
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO)	<input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR O Nº ABAIXO)	<input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA	<input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES
E-MAIL:			TELEFONE COM DDD:		

DADOS DO SINISTRADO

NOME DO SEGURADO			CPF		DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
SELECIONE A CAUSA DO EVENTO		SELECIONE A COBERTURA			
<input type="checkbox"/> MORTE NATURAL <input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL		<input type="checkbox"/> MORTE DO SEGURADO <input type="checkbox"/> MORTE DO CÔNJUGE <input type="checkbox"/> MORTE DOS FILHOS <input type="checkbox"/> AUXÍLIO FUNERAL			

DADOS DO RECLAMANTE/BENEFICIÁRIO

NOME DO SEGURADO			CPF		DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE POR MEIO DE E-MAIL / SMS / CARTA FÍSICA?					
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO)	<input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR O Nº ABAIXO)	<input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA	<input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES
E-MAIL:			TELEFONE COM DDD:		

ESTOU CIENTE DE QUE O PRESENTE DOCUMENTO NÃO IMPLICA NO PRÉVIO RECONHECIMENTO POR PARTE DA SEGURADORA QUANTO AO DIREITO EM RECEBER QUALQUER INDENIZAÇÃO, A QUAL FICA CONDICIONADA À ANÁLISE DA COBERTURA E CONDIÇÕES DO SEGURO CONTRATADO. AO ASSINAR O PRESENTE TERMO, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE CASO SEJA CONSTATADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, QUE CONTRARIEM O DISPOSTO NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO, BEM COMO NA LEGISLAÇÃO CIVIL, PERDEREI O DIREITO À INDENIZAÇÃO DO SEGURO. COM A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO E O CONSEQUENTE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM O CONTRATO DE SEGURO, OUTORGO À PAN SEGUROS S/A, LIVRE DE QUALQUER COAÇÃO OU PRESSÃO, A MAIS AMPLA, PLENA, GERAL, IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR, SEJA A QUE TÍTULO FOR, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO / RECLAMANTE/ BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL



PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO DO SEGURADO/SINISTRADO

QUAL A DATA DO ÓBITO?	TOMOU CONHECIMENTO DE ALGUM ATENDIMENTO MÉDICO ANTERIOR, RELACIONADO AO ÓBITO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. INFORMAR DETALHES:
FOI MÉDICO DO SEGURADO/ SINISTRADO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. INFORME A DATA DA 1ª CONSULTA E QUADRO CLÍNICO INICIAL:	
INFORME AS CAUSAS DA MORTE, INCLUSIVE COM OS RESPECTIVOS CID'S:	
PRIMÁRIAS:	
SECUNDÁRIAS:	
INFORME (SE HOUVER) OS ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE POSSUEM NEXO CAUSAL COM O ÓBITO: DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS REALIZADOS, DOENÇAS DE BASE E DATAS DE SEUS DIAGNÓSTICOS:	
HOUE INTERNAÇÕES ANTERIORES? EM QUAIS DATAS E LOCAIS? POR QUAIS MOTIVOS?	
QUAIS OS EXAMES REALIZADOS, DATAS E RESULTADOS?	
TINHA CONHECIMENTO DAS DOENÇAS QUE O VITIMOU? DESDE QUANDO? <input type="checkbox"/> SIM, DESDE: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TENHO CONDIÇÕES DE PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA, POIS APENAS ATESTEI O ÓBITO. SEGUIE EM ANEXO NOME(S), TELEFONE(S) E ENDEREÇO(S) DO(S) MÉDICO(S) DO SEGURADO	

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME LEGÍVEL		CRM	ESPECIALIDADE	
ENDEREÇO		COMPLEMENTO		
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
E-MAIL				

PREZADO (A) MÉDICO (A):

- QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO.
- EM CASO DE FALTA DE ESPAÇO COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES EM FOLHA ANEXA INDICANDO A REFERÊNCIA DO ITEM
- FAVOR DATAR, ASSINAR E CARIMBAR ESTE FORMULÁRIO, AUTORIZANDO O CONTATO DA ASSESSORIA MÉDICA DA SEGURADORA, PARA FINS DE ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE OS DADOS MÉDICOS REGISTRADOS, CASO NECESSÁRIOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

AUTORIZAÇÃO (SOMENTE PARA OBTENÇÃO DE DOCUMENTOS MÉDICOS)

EU, _____, RG Nº _____, RESIDENTE À _____, BAIRRO _____, NA CIDADE DE _____, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) E RESPONSÁVEL LEGAL DO (A) SR. (A) _____, AUTORIZO PARA INSTRUIR O PROCESSO DE REGULAÇÃO DE SINISTRO DE VIDA, QUE OS MÉDICOS, HOSPITAIS, CLÍNICAS, POSTOS DE SAÚDE, LABORATÓRIOS, INSS E CONVÊNIO DE SAÚDE, PRESTEM TODAS AS INFORMAÇÕES, FORNECENDO RELATÓRIOS MÉDICOS, CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS, CÓPIAS E LAUDOS DE EXAMES SOLICITADOS PELA ÁREA MÉDICA OU REPRESENTANTE DESTA SEGURADORA, DE ACORDO COM OS ARTIGOS 73 E 77 DO CAP. IX DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE (RECONHECER FIRMA)

AUTORIZAÇÃO PARA CRÉDITO (AUTORIZADO A PAN SEGUROS S.A. A EFETUAR A INDENIZAÇÃO, QUANDO DEVIDA, UTILIZANDO OS SEGUINTE DADOS BANCÁRIOS):

BENEFICIÁRIO 1		CPF	DATA NASCIMENTO			
ENDEREÇO		COMPLEMENTO				
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP			
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA	TIPO DE CONTA <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	SALÁRIO	PROFISSÃO
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*						
EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE. INFORMAR OS DADOS DO PEP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO						
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, INFORMAR NOME DA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA		CPF	GRAU DE RELACIONAMENTO <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS:			
ASSINATURA:				DATA:		
AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE POR MEIO DE E-MAIL / SMS / CARTA FÍSICA?						
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO)	<input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR O Nº ABAIXO)	<input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA	<input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES	
E-MAIL:				TELEFONE COM DDD:		



BENEFICIÁRIO 2				CPF	DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA	TIPO DE CONTA	SALÁRIO
				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	PROFISSÃO
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*					
EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, INFORMAR OS DADOS DO PEP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO					
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, INFORMAR NOME DA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA			CPF	GRAU DE RELACIONAMENTO	
<input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS:					
ASSINATURA:				DATA:	
AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE POR MEIO DE E-MAIL / SMS / CARTA FÍSICA?					
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO)		<input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR O Nº ABAIXO)	
				<input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA <input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES	
E-MAIL:				TELEFONE COM DDD:	
BENEFICIÁRIO 3				CPF	DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA	TIPO DE CONTA	SALÁRIO
				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	PROFISSÃO
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*					
EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, INFORMAR OS DADOS DO PEP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO					
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, INFORMAR NOME DA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA			CPF	GRAU DE RELACIONAMENTO	
<input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS:					
ASSINATURA:				DATA:	
AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE POR MEIO DE E-MAIL / SMS / CARTA FÍSICA?					
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO)		<input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR O Nº ABAIXO)	
				<input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA <input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES	
E-MAIL:				TELEFONE COM DDD:	
BENEFICIÁRIO 4				CPF	DATA NASCIMENTO
ENDEREÇO				COMPLEMENTO	
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA	TIPO DE CONTA	SALÁRIO
				<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	PROFISSÃO
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)*					
EM CASO DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO COM PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE, INFORMAR OS DADOS DO PEP: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO					
SE RELACIONAMENTO PRÓXIMO, INFORMAR NOME DA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA			CPF	GRAU DE RELACIONAMENTO	
<input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> ENTEADO <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO <input type="checkbox"/> OUTROS:					
ASSINATURA:				DATA:	
AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE POR MEIO DE E-MAIL / SMS / CARTA FÍSICA?					
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO)		<input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR O Nº ABAIXO)	
				<input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA <input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES	
E-MAIL:				TELEFONE COM DDD:	

ESTOU CIENTE DE QUE O PRESENTE DOCUMENTO NÃO IMPLICA NO PRÉVIO RECONHECIMENTO POR PARTE DA SEGURADORA QUANTO AO DIREITO EM RECEBER QUALQUER INDENIZAÇÃO, A QUAL FICA CONDICIONADA À ANÁLISE DA COBERTURA E CONDIÇÕES DO SEGURO CONTRATADO. AO ASSINAR O PRESENTE TERMO, DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, DECLARO AINDA ESTAR CIENTE QUE CASO SEJA CONSTATADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, QUE CONTRARIEM O DISPOSTO NAS CONDIÇÕES GERAIS E ESPECIAIS DO SEGURO, BEM COMO NA LEGISLAÇÃO CIVIL, PERDEREI O DIREITO À INDENIZAÇÃO DO SEGURO. COM A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO E O CONSEQUENTE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM O CONTRATO DE SEGURO, OUTORGO À PAN SEGUROS S/A, LIVRE DE QUALQUER COAÇÃO OU PRESSÃO, A MAIS AMPLA, PLENA, GERAL, IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR, SEJA A QUE TÍTULO FOR, EM JUÍZO OU FORA DELE.

AUTORIZO, POR FIM, A SEGURADORA ENVIAR-ME INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE SINISTRO PELO E-MAIL/ SMS / CARTA FÍSICA ACIMA INDICADO (CAMPO DADOS DO SEGURADO).

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO, PREENCHIDO E ENTREGUE À SEGURADORA

NECESSÁRIO ENCAMINHAR OS DOCUMENTOS OBRIGATORIOS ABAIXO, APÓS IDENTIFICAR QUAIS OS DOCUMENTOS ADICIONAIS SE ENCAIXAM NO SEU CASO

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO SINISTRO

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO SEGURADO
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO SEGURADO
- CÓPIA AUTENTICADA DA CERTIDÃO DE ÓBITO
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA, EMITIDA APÓS O ÓBITO
- CERTIDÃO DE UNIÃO ESTÁVEL E/OU DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA CONJUGAL



BENEFICIÁRIOS

- CÓPIA DO CARTÃO PROPOSTA, COM DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (SE HOUVER)
- DECLARAÇÃO DE HERDEIROS, COM FIRMA RECONHECIDA SOMENTE DA ASSINATURA DO DECLARANTE
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DE TODOS OS HERDEIROS DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DOS HERDEIROS
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DE CADA UM DOS HERDEIROS
- DADOS BANCÁRIOS COMPLETOS DO (S) BENEFICIÁRIO (S) E CÓPIA SIMPLES DE UM COMPROVANTE (EX.: CÓPIA DO CARTÃO OU CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO).

NO CASO DE UNIÃO ESTÁVEL, ENVIAR CÓPIA SIMPLES DE 2 (DOIS) DOS DOCUMENTOS A SEGUIR:

- CÓPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA E/OU DECLARAÇÃO DO INSS ONDE CONSTA O (A) COMPANHEIRO (A) COMO DEPENDENTE
- COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE PENSÃO POR MORTE EXPEDIDA PELO INSS
- COMPROVANTE DE DEPENDENTE NO CONVÊNIO MÉDICO
- REGISTRO DE DEPENDÊNCIA NA CARTEIRA PROFISSIONAL
- TUTELA E/OU DECLARAÇÃO DE PÁTRIO PODER PARA BENEFICIÁRIOS MENORES DE 18 ANOS

EM CASO DE MORTE ACIDENTAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:

- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA (PARA FALECIMENTO EM CASO DE ACIDENTE)
- CÓPIA SIMPLES DO LAUDO DE EXAME NECROSCÓPICO ELABORADO PELO IML (PARA FALECIMENTO EM CASO DE ACIDENTE)
- CÓPIA DA CNH, CASO O SEGURADO / CÔNJUGE / FILHO FOSSE CONDUTOR DO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE

EM CASO MORTE DO CÔNJUGE – ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA DO RG E CPF DO CÔNJUGE
- CÓPIA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO CÔNJUGE
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA, EMITIDA APÓS O ÓBITO
- DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

EM CASO MORTE DO FILHO – ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA SIMPLES DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG OU CNH DO FILHO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO FILHO
- COMPROVANTE DE DESPESAS COM O FUNERAL

EM CASO AUXÍLIO FUNERAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:

A PESSOA QUE PAGOU AS DESPESAS DO AUXÍLIO-FUNERAL DEVERÁ INFORMAR OS DADOS BANCÁRIOS NA AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO)

CASO SOLICITE AUXÍLIO FUNERAL, ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA DO RG OU CPF DO CONTRATANTE DAS DESPESAS
- CÓPIA DO CPF DO CONTRATANTE DAS DESPESAS
- CÓPIA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO CONTRATANTE DAS DESPESAS.
- NOTAS FISCAIS E OUTROS COMPROVANTES ORIGINAIS DAS DESPESAS EFETUADAS COM O FUNERAL

EM CASO DE SEGURO EMPRESA – PARA SEGUROS CONTRATADOS PELA EMPRESA, ENCAMINHAR TAMBÉM:

- DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS)
- CÓPIA DO CARTÃO PROPOSTA, COM DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (SE HOUVER)
- CÓPIA DO ÚLTIMO HOLERITE
- CÓPIA DO CONTRATO SOCIAL ATUALIZADO
- FICHA DO EMPREGADO ATUALIZADO

EM CASO SEGURO HABITACIONAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:

- DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS)
- CONTRATO DE FINANCIAMENTO

NOTA

- a) A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO
- b) CASO HAJA NECESSIDADE, DOCUMENTOS ADICIONAIS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA
- c) SE O BENEFICIÁRIO FOR MENOR DE IDADE, SUBSTITUIR O RG POR CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE NASCIMENTO
- d) INFORMAMOS QUE O PRAZO DE ANÁLISE SÃO 30 DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES ACIMA CITADAS.

CENTRAL DE ATENDIMENTO

PARA CONSULTAS E INFORMAÇÕES
SOBRE APÓLICES E SINISTROS: **0800
775 9191** – 2ª A 6ª, DAS 8H ÀS 20H –
EXCETO FERIADOS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR (SAC)

PARA RECLAMAÇÕES, CANCELAMENTOS,
SUGESTÕES, ELOGIOS E INFORMAÇÕES
GERAIS SOBRE PRODUTOS OU
SERVIÇOS:
0800 776 2252 - DIARIAMENTE

ATENDIMENTO AO DEFICIENTE AUDITIVO E/OU COM DIFICULDADE DE FALA

0800 776 2253 - DIARIAMENTE

OUVIDORIA

SE NÃO FICAR SATISFEITO COM A SOLUÇÃO
APRESENTADA NO SAC, COM O NÚMERO
DO PROTOCOLO EM MÃO, CONTATE: **0800
776 2254** – 2ª A 6ª, DAS 9H ÀS 18H

