

Morte acidental

Documentos necessários para abertura do processo de morte acidental.

DOCUMENTOS DO SEGURADO:

- Cópia da Certidão de Óbito;
- Cópia da carteira de identidade e CPF;
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial;
- CAT – Comunicado de Acidente de Trabalho, em caso de acidente de trabalho;
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado;
- Cópia do Laudo do Exame Cadavérico. Inexistindo tal documento, deverá ser apresentada declaração do Instituto Médico Legal (IML) informando o motivo pelo qual não foi realizado;
- Cópia do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, em caso de acidente com veículo dirigido pelo segurado. Inexistindo tal documento, deverá ser apresentada declaração do IML informando o motivo pelo qual não foi realizado;
- Comprovação do vínculo com o estipulante (em se tratando de funcionários);
- Contrato Escolar assinado pelo responsável legal do educando, ou este último quando maior e/ou Declaração informando que o educando está regularmente matriculado.

DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO:

- Formulário de Habilitação - Pessoa Física, devidamente preenchido;
- Cópia da carteira de identidade e CPF;
- Cópia do comprovante de residência atualizado; (caso não tenha em seu nome, preencher Declaração de Residência junto do comprovante de residência em nome de terceiro residente no seu endereço);
- Cópia da certidão de casamento atualizada ou de nascimento;
- Declaração de Rol de Herdeiros quando não houver beneficiário indicado;
- Declaração de união estável, no caso de companheiro(a);
- Termo de Tutela para beneficiários cujos pais estão ausentes; e Termo de Curatela para beneficiários considerados incapazes.

* Deverá ser encaminhado para sinistro@peper24horas.com.br, folhas separadas no mesmo e-mail, ou em mais de um.

* Outros documentos poderão ser solicitados durante o processo.

HABILITAÇÃO DE BENEFÍCIOS - PESSOA FÍSICA

DADOS DO SEGURADO

Matrícula	Nº Proposta	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Coletivo
Nome do estipulante		
*Nome completo do segurado	*Data de Nasc.	*CPF

Venho por meio deste requerimento solicitar o pagamento do(s) benefício(s) abaixo assinalado(s), referente(s) à(s) proposta(s) acima indicada(s).

Benefício(s) decorrente(s) de:

- Morte Natural Morte Acidental Diária de Incapacidade Temporária Fratura Óssea Despesas Médica Hospitalares
 Sobrevivência Invalidez Permanente Total por Doença Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente PCHV
 Incapacidade Física Total e Temporária Perda de Renda por Desemprego Involuntário Doença Terminal _____%
 Cirurgia - Doença - Código TUSS: _____ Nome do Procedimento: _____
 Cirurgia - Acidente - Código TUSS: _____ Nome do Procedimento: _____
 Internação Hospitalar Renda de Aposentadoria Doenças Graves Doença Congênita de Filho Outros

Autorização para informações

Autorizo(amos), na qualidade de beneficiário(s) do segurado nomeado(s), os médicos que o trataram, os hospitais e clínicas médicas onde estive internado ou em tratamento, bem como laboratórios que tenham realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela MAG Seguros, que seja através de declarações ou cópias de exames e prontuários médicos, tudo em conformidade com os artigos 102, 106 e 112 e § único do Código de Ética Médica do C.F.M, nº 1246/88, assim como também a toda e qualquer repartição pública, estadual ou municipal, INSS, autarquias ou empresas onde tenha trabalhado.

Definição de Pessoa Politicamente Exposta:

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na Circular SUSEP nº 612/2020 e na IN 26/2008. São considerados familiares os parentes na linha, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

*Nome do Beneficiário 1		*Data de Nascimento	*Grau de Parentesco	*CPF
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda <input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01	*É pessoa politicamente exposta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:	
*Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		*Você tem obrigações fiscais com outros países? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.		
*Profissão	*DDD	*Telefone	*DDD	*Celular
*Endereço Residencial				
*Número	*Complemento	*Bairro	*Estado	*Cidade
E-mail			Deseja receber informações / correspondências por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário

Banco	Agência	Conta-Corrente
-------	---------	----------------

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

*Nome do Beneficiário 2			*Data de Nascimento		*Grau de Parentesco		*CPF			
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00		*É pessoa politicamente exposta ¹ ?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Especificar:		
<input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01								
*Residente no Brasil?			*Você tem obrigações fiscais com outros países?							
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.							
*Profissão			*DDD		*Telefone		*DDD		*Celular	
*Endereço Residencial										
*Número		*Complemento		*Bairro		*Estado	*Cidade		CEP	
E-mail					Deseja receber informações / correspondências por e-mail?					
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário

Banco			Agência			Conta-Corrente		
-------	--	--	---------	--	--	----------------	--	--

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

*Nome do Beneficiário 3			*Data de Nascimento		*Grau de Parentesco		*CPF			
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00		*É pessoa politicamente exposta ¹ ?		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Especificar:		
<input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01								
*Residente no Brasil?			*Você tem obrigações fiscais com outros países?							
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.							
*Profissão			*DDD		*Telefone		*DDD		*Celular	
*Endereço Residencial										
*Número		*Complemento		*Bairro		*Estado	*Cidade		CEP	
E-mail					Deseja receber informações / correspondências por e-mail?					
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário

Banco			Agência			Conta-Corrente		
-------	--	--	---------	--	--	----------------	--	--

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

HABILITAÇÃO DE BENEFÍCIOS - PESSOA FÍSICA

DADOS DO SEGURADO

Matrícula	Nº Proposta	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Coletivo
Nome do estipulante		
*Nome completo do segurado	*Data de Nasc.	*CPF

Venho por meio deste requerimento solicitar o pagamento do(s) benefício(s) abaixo assinalado(s), referente(s) à(s) proposta(s) acima indicada(s).

Benefício(s) decorrente(s) de:

- Morte Natural Morte Acidental Diária de Incapacidade Temporária Fratura Óssea Despesas Médica Hospitalares
 Sobrevivência Invalidez Permanente Total por Doença Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente PCHV
 Incapacidade Física Total e Temporária Perda de Renda por Desemprego Involuntário Doença Terminal _____%
 Cirurgia - Doença - Código TUSS: _____ Nome do Procedimento: _____
 Cirurgia - Acidente - Código TUSS: _____ Nome do Procedimento: _____
 Internação Hospitalar Renda de Aposentadoria Doenças Graves Doença Congênita de Filho Outros

Autorização para informações

Autorizo(amos), na qualidade de beneficiário(s) do segurado nomeado(s), os médicos que o trataram, os hospitais e clínicas médicas onde estive internado ou em tratamento, bem como laboratórios que tenham realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela MAG Seguros, que seja através de declarações ou cópias de exames e prontuários médicos, tudo em conformidade com os artigos 102, 106 e 112 e § único do Código de Ética Médica do C.F.M, nº 1246/88, assim como também a toda e qualquer repartição pública, estadual ou municipal, INSS, autarquias ou empresas onde tenha trabalhado.

Definição de Pessoa Politicamente Exposta:

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na Circular SUSEP nº 612/2020 e na IN 26/2008. São considerados familiares os parentes na linha, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

*Nome do Beneficiário 1		*Data de Nascimento	*Grau de Parentesco	*CPF
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda <input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01	*É pessoa politicamente exposta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:	
*Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		*Você tem obrigações fiscais com outros países? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.		
*Profissão	*DDD	*Telefone	*DDD	*Celular
*Endereço Residencial				
*Número	*Complemento	*Bairro	*Estado	*Cidade
E-mail			Deseja receber informações / correspondências por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário

Banco	Agência	Conta-Corrente
-------	---------	----------------

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

*Nome do Beneficiário 2			*Data de Nascimento		*Grau de Parentesco			*CPF		
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00		*É pessoa politicamente exposta ¹ ?						
<input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
*Residente no Brasil?		*Você tem obrigações fiscais com outros países?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.								
*Profissão			*DDD		*Telefone			*DDD	*Celular	
*Endereço Residencial										
*Número	*Complemento		*Bairro		*Estado	*Cidade			CEP	
E-mail					Deseja receber informações / correspondências por e-mail?					
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário

Banco			Agência			Conta-Corrente		
-------	--	--	---------	--	--	----------------	--	--

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

*Nome do Beneficiário 3			*Data de Nascimento		*Grau de Parentesco			*CPF		
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00		*É pessoa politicamente exposta ¹ ?						
<input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
*Residente no Brasil?		*Você tem obrigações fiscais com outros países?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.								
*Profissão			*DDD		*Telefone			*DDD	*Celular	
*Endereço Residencial										
*Número	*Complemento		*Bairro		*Estado	*Cidade			CEP	
E-mail					Deseja receber informações / correspondências por e-mail?					
					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário

Banco			Agência			Conta-Corrente		
-------	--	--	---------	--	--	----------------	--	--

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

Auxílio Funeral Complementar

Documentos necessários para acionar a cobertura de auxílio funeral complementar.

DOCUMENTOS DO SEGURADO:

- Certidão de Óbito (cópia);
- Carteira de Identidade do segurado;
- CPF do segurado. Caso não conste na carteira de identidade;
- Comprovação do vínculo com o estipulante (em se tratando de funcionários);
- Contrato Escolar assinado pelo responsável legal do educando, ou este último quando maior e/ou Declaração informando que o educando está regularmente matriculado.
- Notas Fiscais originais das despesas funerárias para reembolso (quando houver contratação da cobertura e desde que não tenha sido utilizado o serviço de assistência funeral);

DOCUMENTOS DO TOMADOR DO SERVIÇO PESSOA FÍSICA:

- Formulário de Habilitação - Pessoa Física;
- Carteira de identidade e CPF (caso não conste na identidade) do representante da empresa que assinou o Formulário de Habilitação de Beneficiários - Pessoa Física (cópia);
- Cópia do comprovante de residência em nome do tomador do serviço, com data de emissão não anterior a três meses da data de sua apresentação;
- Declaração de Residência para quem não tem comprovante no próprio nome, juntamente com o comprovante do endereço informado não anterior a três meses da data de sua apresentação;

DOCUMENTOS DO TOMADOR DO SERVIÇO PESSOA JURÍDICA:

- Formulário de Habilitação - Pessoa Jurídica, devidamente preenchido;
- Contrato Social – caso o tomador do serviço seja Pessoa Jurídica;
- Carteira de identidade e CPF (caso não conste na identidade) do representante da empresa que assinou o Formulário de Habilitação de Beneficiários - Pessoa Jurídica (cópia);
- Cópia do comprovante de residência em nome do tomador do serviço, com data de emissão não anterior a três meses da data de sua apresentação;
- Declaração de Residência para quem não tem comprovante no próprio nome, juntamente com o comprovante do endereço informado não anterior a três meses da data de sua apresentação;

*** Outros documentos poderão ser solicitados durante o processo.**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
Portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
venho por meio desta declarar que resido no endereço abaixo mencionado, na qualidade de:

() Inquilino () resido com pais ou parentes () outros : _____

Endereço: _____ nº _____
complemento _____ Bairro _____
Cidade _____ UF: _____ CEP _____

Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299.

Assinatura _____
(semelhante ao documento de identificação)

e-mail: _____

Local e data

Nome

Assinatura do Beneficiário

DECLARAÇÃO ROL DE HERDEIROS

NOME DO SEGURADO	
MATRÍCULA SOCIAL	

Eu(nós), abaixo identificado(s), declaro(amos) para devidos fins de direito que sou(mos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(is) do ex-segurado supra mencionado, falecido em ____/____/____ no estado civil de _____, sem deixar companheiro(a) ou deixando a(o) companheiro(a) de nome _____.

Declaro(amos) ainda que na hipótese de vir(em) a surgir outro(s) herdeiro(s) do(a) falecido(a), me(nos) responsabilizo(amos) pelo pagamento da parte que a este(s) caberia(m) por ocasião do recebimento de qualquer benefício junto à Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A., excluindo dessa Instituição, quaisquer responsabilidades ou obrigações, nada podendo alegar ou reclamar, em juízo ou fora dele. Por derradeiro, asseveramos que as informações acima são expressão da verdade, sob pena de responder Civil e Criminalmente se assim não for.

NOME COMPLETO	Nº IDENTIDADE/ ÓRGÃO	CPF	GRAU DE PARENTESCO (com o falecido)	TELEFONE DE CONTATO	ASSINATURA

(Local e Data)

Importante: Este documento é ÚNICO, devendo ser preenchido por todos os acima qualificados neste mesmo impresso e, ainda, todas as assinaturas deverão ter firma reconhecida. Caso os beneficiários sejam menores de idade, deverá constar documentação que comprove a tutela ou responsabilidade (Ident, CPF, ...)

AVISO DE SINISTRO SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS



Matrícula _____ Proposta _____

Nome do segurado acidentado _____ Idade _____

Idade _____ Cor _____ Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Profissão _____ RG _____ CPF _____

Endereço _____ Telefone _____

CEP _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____

O acidente ocorreu no dia _____ Localidade de _____ Hora _____

Descreva, com letra legível, como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências

Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente

Nome	Endereço
_____	_____
Nome	Endereço
_____	_____

Pessoa que prestou os primeiros socorros

Localidade _____ Dia _____

Data em que o segurado procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente

Nome do médico que assistiu o segurado

Endereço

Médico assistente do segurado antes do acidente

Endereço

**AVISO DE SINISTRO SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS**

Se houve intervenção de alguma autoridade, cite o nome e qualificação

Localidade

Se o acidentado já sofreu outro acidente, indique em que data e em que condições

Consequências

Recebeu alguma indenização? Indicar a seguradora e o valor

O declarante abaixo assinado é responsável pela verdade destas informações

Local e Data

Assinatura

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível ou de forma. A assinatura do Médico deverá ter a firma reconhecida.