

1. Dados do Sinistro

Data do Evento	Hora do Evento	Local da Ocorrência
Em Serviço <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Registro Policial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Sinistro <input type="checkbox"/> Óbito Natural <input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Por Acidente <input type="checkbox"/> Invalidez Total Permanente Por Doença <input type="checkbox"/> Óbito Acidental <input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Por Doença

2. Dados da Apólice

Nome do Estipulante/Subestipulante	Nº da Apólice
------------------------------------	---------------

3. Dados do Segurado Sinistrado

Tipo <input type="checkbox"/> Segurado Principal <input type="checkbox"/> Cônjuge	Nome Completo do Sinistrado		
CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial
Nº	Complemento	Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefone () ()	Função/Cargo/Ocupação Principal
Último Dia de Trabalho	Situação na Data do Sinistro <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado	Por que Motivo? (Aposentado/Afastado)	

4. Dados do Reclamante/Declarante

Tipo <input type="checkbox"/> Segurado Principal <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Beneficiário - Grau de Parentesco _____			
Nome Completo			
CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial
Nº	Complemento	Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefone Residencial () ()	Telefone Celular () ()
Telefone Comercial/Recado () ()	Email		

5. Autorização

Autorizo, na qualidade de Segurado(a)Beneficiário(a)Representante Legal, a União Seguradora S.A. - Vida e Previdência a requerer a Órgãos Públicos e Privados informações relativas ao sinistro e ao segurado.

Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

Local e Data

Anexos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Laudo Médico | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Identidade/CPF do Segurado | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Contracheque | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Residência | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Identidade/CPF do Beneficiário | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Comprovante dos Dados Bancários | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros Legais (cf Firma Reconhecida) | |
| <input type="checkbox"/> Declaração - Pessoa Politicamente Exposta | |

Cópia Autenticada:

Assinatura do(a) Segurado(a)/Beneficiário(a)/Representante Legal

Assinatura e Carimbo do Estipulante/Subestipulante

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

TITULAR DA CONTA: _____

CPF: _____

() CONTA CORRENTE

() CONTA POUPANÇA

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

****ANEXAR CÓPIA DOS DADOS BANCÁRIOS (CARTÃO E/OU EXTRATO) PARA CONFERÊNCIA.**

ATENÇÃO: Para evitar reprogramação de pagamento as seguintes contas não devem, de forma nenhuma, serem indicadas:

- Conta de Pessoa Jurídica;
- Conta salário e/ou benefício;
- Conta conjunta, quando o beneficiário não for o 1º titular;
- Conta tipo FÁCIL: Ver limite de movimentação mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação **023** da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta Poupança: operação **013** da CEF (Caixa Econômica Federal) aberta em lotérica com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada ou inativa;
- Conta de terceiros.

1. Dados do Segurado

O Preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro.

Nome	CPF
------	-----

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF.

2. Dados do Beneficiário/Representante Legal

Eu, _____; Estado Civil, _____

RG: _____; CPF: _____, em atenção ao

que determina a Circular Susep 445/2012, declaro:

Endereço (Residência)		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail	Telefone para Contato (DDD nº)	Celular (DDD nº)	

3. Profissão e Renda - Art. 7º da Circular Susep nº 445/2012

Empresa	Profissão
Cargo	Renda Mensal
	<input type="checkbox"/> Sem Renda <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 2.500,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.500,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00

Caso não possua renda, informar patrimônio estimado.

4. Declaração - PPE - Art. 4º da Circular Susep nº 445/2012

É Pessoa Politicamente Exposta?* Sim Não

*Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, 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.

Declaro que são verdadeiras as informações aqui prestadas, responsabilizando-me na forma da Lei, nos termos do Art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Deve ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

Local	Data / /	Assinatura do Beneficiário/Representante Legal
-------	----------	--

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS LEGAIS

Dados do Segurado(a):

Nome: _____ Data do Falecimento: ___/___/___
Estado Civil: _____ CI: _____ CPF: _____._____._____-____

Em conformidade ao artigo 1829 e ss., “Da Sucessão Legítima – Ordem da Vocação Hereditária” e do artigo 1857 e ss. “As Sucessão Testamentária”, todos do Código Civil, **DECLARA(M)** que   (são) o(s)  nico(s) herdeiro(s) e legatário(s) do Seguro do segurado(a) supra mencionado.

Declara(m), que se responsabiliza(m), e se compromete(m) a pagar a parte que couber aos demais herdeiros não indicados, na eventualidade de surgimento de qualquer outro(s) herdeiros(s) ou legatários(s) aqui não mencionados.

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Esta declara o é a expressão da verdade, pela qual me/nos responsabilizamos perante a lei (artigo 299 do código Penal).

Local e data: _____

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS LEGAIS

Dados do Associado Participante:

Nome: _____ Data do Falecimento: ___/___/___
Estado Civil: _____ CI: _____ CPF: _____._____._____-____

Em conformidade ao artigo 1829 e ss., “Da Sucessão Legítima – Ordem da Vocação Hereditária” e do artigo 1857 e ss. “As Sucessão Testamentária”, todos do Código Civil, **DECLARA(M)** que é (são) o(s) único(s) herdeiro(s) e legatário(s) do Plano de Pecúlio por Morte no qual o(a) associado(a) supra mencionado(a) era participante.

Declara(m), que se responsabiliza(m), e se compromete(m) a pagar a parte que couber aos demais herdeiros não indicados, na eventualidade de surgimento de qualquer outro(s) herdeiros(s) ou legatários(s) aqui não mencionados.

Além disso, cedemos e transferimos nossos direitos e obrigações inerentes ao plano de pecúlio mantido pela(o) falecida(o), a favor d(a) Sr.(a) _____,
CPF: _____.

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Esta declaração é a expressão da verdade, pela qual me/nos responsabilizamos perante a lei (artigo 299 do código Penal).

Local e data: _____

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS LEGAIS

Dados do Associado Participante:

Nome: _____ Data do Falecimento: ___/___/___
Estado Civil: _____ CI: _____ CPF: _____._____._____-____

Em conformidade ao artigo 1829 e ss., “Da Sucessão Legítima – Ordem da Vocação Hereditária” e do artigo 1857 e ss. “As Sucessão Testamentária”, todos do Código Civil, **DECLARA(M)** que   (são) o(s)  nico(s) herdeiro(s) e legatário(s) do Plano de Pecúlio por Morte no qual o(a) associado(a) supra mencionado(a) era participante.

Declara(m), que se responsabiliza(m), e se compromete(m) a pagar a parte que couber aos demais herdeiros não indicados, na eventualidade de surgimento de qualquer outro(s) herdeiros(s) ou legatários(s) aqui não mencionados.

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Nome: _____ Data de Nasc.: ___/___/___
Parentesco: _____ CPF: _____ CI: _____
Endereço: _____
Assinatura: _____
(reconhecer firma por autenticidade)

Esta declara o é a expressão da verdade, pela qual me/nos responsabilizamos perante a lei (artigo 299 do código Penal).

Local e data: _____



1. Dados do Sinistro

Data do Evento	Nº do Sinistro	Registro Policial <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Tipo de Sinistro
----------------	----------------	--	------------------

2. Dados do Plano

Nº da Matrícula	Nº do Certificado	Nº da Proposta	Cobertura
-----------------	-------------------	----------------	-----------

3. Dados do Participante

Nome Completo do Sinistrado

CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial
Nº	Complemento	Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefone () ()	Função/Cargo/Ocupação Principal

4. Dados do Comunicante/Declarante

Tipo
 Procurador Curador Beneficiário - Parentesco

Nome Completo

CPF	Documento de Identidade/RG	Órgão Emissor/UF	Data da Expedição
Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Endereço Residencial
Nº	Complemento	Bairro	Cidade
UF	CEP	Telefone Residencial () ()	Telefone Celular () ()
Telefone Comercial/Recado () ()	Email		

5. Autorização

Autorizo, na qualidade de Comunicante/Declarante, a Aspecir Previdência, a requerer a Órgãos Públicos e Privados informações relativas ao sinistro e ao participante.

Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

Local e Data _____ / ____ / ____

Anexos:

- Certidão de Óbito
- Laudo Médico
- Identidade/CPF do Segurado
- Contracheque
- Comprovante de Residência
- Identidade/CPF do Beneficiário
- Comprovante dos Dados Bancários

Cópia Autenticada:

- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não
- Sim Não

Assinatura do(a) Comunicante/Declarante



1. Dados do Participante

O Preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro.

Nome	CPF
------	-----

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que as entidades abertas de previdência complementar são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF.

2. Dados do Beneficiário/Representante Legal

Eu, _____; Estado Civil, _____
RG: _____; CPF: _____, em atenção ao
que determina a Circular Susep 445/2012, declaro:

Endereço (Residência)	Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail	Telefone para Contato (DDD nº)	Celular (DDD nº)	

3. Profissão e Renda - Art. 7º da Circular Susep nº 445/2012

Empresa	Profissão
Cargo	Renda Mensal <input type="checkbox"/> Sem Renda <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 2.500,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.500,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00

Caso não possua renda, informar patrimônio estimado.

4. Declaração - PPE - Art. 4º da Circular Susep nº 445/2012

É Pessoa Politicamente Exposta?* Sim Não

*Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, 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.

Declaro que são verdadeiras as informações aqui prestadas, responsabilizando-me na forma da Lei, nos termos do Art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Deve ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

Local	Data	Assinatura do Beneficiário/Representante Legal
-------	------	--

COOPEDER - COORDENAÇÃO DE SEGUROS –UNIÃO
Morte Natural - Morte qualquer causa (MQC)

Nome _____ Matricula/Masp: _____

Nº do processo: _____ Valor: _____

Do Segurado

- Certidão de Óbito – **autenticada em cartório**;
- Cópia do documento de identidade e CPF ou CNH- **autenticada em cartório**;
- Cópia dos três últimos comprovantes de pagamento.
- Comprovante de endereço nominal ao Segurado
- Cópia da Certidão Casamento ou União Estável com feitura anterior ao óbito - **autenticada em cartório**.
- Cópia autenticada da Certidão Casamento atualizada pós o óbito do Segurado
- Laudo médico com firma reconhecida em cartório
- Certidão de nascimento atualizada pós óbito (caso seja solteiro)
- Certidão de óbito dos pais do segurado (caso seja solteiro)
- Cópia da certidão de óbito da esposa e filhos falecidos (caso houver)

Dos Beneficiários Indicados ou Herdeiros Legais

- Formulário de aviso de sinistro devidamente preenchido e assinado por um dos beneficiários.
- Declaração de Herdeiros Legais – **autenticada por autenticidade em cartório a assinatura de todos os herdeiros caso não haja indicação de beneficiários em proposta de adesão individual**
- Circular da Susep 445
- Cópia do documento de identidade e CPF - **autenticada em cartório**;
- Comprovante de residência **NOMINAL ou** Declaração de Endereço dos beneficiários. **Um comprovante ou Declaração pra cada.** (Caso seja necessário fazer declaração de endereço é necessário anexar alguma cópia de documento que comprove o endereço citado)
- Cópia do cartão do banco/extrato/cheque (**legível**) para depósito do benefício conta poupança ou conta corrente;
- Formulário de dados bancários para indenização de sinistro
- Telefone para contato.

Auxílio Funeral

- Nota fiscal original das despesas funerárias (COM DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS)
- Cópia do RG e CPF ou CNH – autenticada em cartório caso o titular do reembolso não seja beneficiário da MQC
- Cópia do cartão do banco/extrato/cheque (legível) para depósito do benefício conta poupança ou conta corrente;
- Formulário de dados bancários para indenização de sinistro
- Circular da Susep 445
- Telefone para contato.
- OBS – Poderão ser solicitados outros documentos suportes após a análise de cada caso.
- RECOLHER O VALOR DE R\$ _____ REFERENTE AO MÊS DO ÓBITO E ANEXAR O COMPROVANTE DE RECOLHIMENTO.**

Data da entrega da documentação na Coordenação de Seguros: _____

Protocolo de entrega para a corretora: _____