

COOPEDER - COORDENAÇÃO DE SEGUROS - SULAMERICA
Morte Qualquer Causa (MQC)

Nome _____	Matricula/Masp: _____
Nº do processo: _____	Valor: _____

Do Segurado:

- ☐ Formulário de Aviso de Sinistro preenchido e assinado
- ☐ Cópia simples do contracheque do mês/ano do sinistro.
- ☐ Cópia Simples ou imagem digitalizada do CPF, RG ou CNH e comprovante de residência atualizado.
(Em caso de acidente automobilístico enviar a CNH)
- ☐ Cópia autenticada da certidão de óbito
- ☐ Cópia autenticada da Certidão Casamento atualizada pós o óbito do Segurado
- ☐ Relatório médico
- ☐ Prontuário Médico
- ☐ Comprovante de Vacinação contra COVID-19* (em caso de morte por COVID-19)
- ☐ 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:

- ☐ Cópia Simples ou imagem digitalizada do RG ou CNH, CPF
- ☐ Cópia de comprovante de residência (**nominal**) dos beneficiários.
- ☐ Certidão de Casamento e/ou Declaração de Convívio Marital, atualizada com a averbação do óbito, caso o cônjuge seja um dos beneficiários Obs.: a Declaração de Convívio Marital deverá ser assinada com firma reconhecida e com 2 testemunhas idôneas
- ☐ Documento atualizado com indicação de beneficiários ou declaração de ausência desse documento com firma reconhecida por autenticidade, do declarante e de 2 (duas) testemunhas idôneas informando quantos e quais são os herdeiros.
- ☐ Cópia do cartão do banco/extrato/cheque (**legível e nominal**) para depósito do benefício conta poupança ou conta corrente;
- ☐ Formulário de dados bancários para indenização de sinistro
- ☐ Telefone para contato.

Auxílio funeral:

- ☐ RG ou CNH, CPF e comprovante de endereço do responsável financeiro dos gastos com o funeral.
- ☐ Nota Fiscal das despesas com o Funeral
- ☐ 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: _____

OBS: _____

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVO

Aviso de Sinistro Morte, Morte Acidental e Filhos Póstumos



Nº da RS

(Requisição de Serviço/ Protocolo de Abertura)

DADOS DO SEGURADO

Nome

Nº do CPF

Profissão

Detalhe da ocupação

Renda média mensal
R\$

DADOS DO FALECIDO/SINISTRADO

☐ Segurado Principal ☐ Cônjuge ☐ Filho

Em caso de cônjuge/filho, informar os dados abaixo:

Nome

Nº do CPF

Data de nascimento

DADOS DA APÓLICE

☐ Seguro Individual ☐ Seguro Coletivo/Empresarial

Apólice Nº

Certificado Nº

Em caso de Seguro Coletivo/Empresarial, informar os dados abaixo:

Nome do Empregador

Data de Admissão

Último Dia de Trabalho

DADOS DO SINISTRO

Data do Sinistro

Hora

Local / Endereço

Descrição da ocorrência

Possui seguro registrado em outras companhias?

☐ Sim ☐ Não Se positivo, especifique:

DADOS DO DECLARANTE

Nome

RG

CPF

Grau de Parentesco com o segurado:

E-mail

DECLARAÇÃO

Na condição de declarante, assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médico/ hospitalares prestados ao segurado sinistrado.

Local e data

Assinatura do Declarante

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVO

Declaração de Residência



Formulário destinado aos beneficiários e segurados que não possuem Comprovante de Residência em seu nome.

DADOS DO SEGURADO / BENEFICIÁRIO

Nome	Data de Nascimento	Nº do CPF	
	/ /		
Endereço	Número	Compl.	
Bairro	CEP	Cidade	Estado
E-mail	Telefone		
	()		

DADOS DO DECLARANTE

Nome:	CPF:
Telefone com DDD:	E-mail:

Eu, qualificado acima, DECLARO, para os fins que se fizerem necessários, que o Segurado/Beneficiário também qualificado acima, reside e mantém domicílio no endereço informado neste documento, e estou ciente que a falsidade da presente declaração pode implicar sanção penal, nos termos do artigo 2º da Lei nº 7.115/1983 e do artigo 299 do Código Penal.

Local e data	Assinatura do Declarante

DADOS DO SEGURADO

Nome				
CPF	Estado Civil			
	☐ Solteiro	☐ Casado	☐ Viúvo	☐ União Estável
Endereço	Número	Complemento		
Bairro	CEP	Cidade	Estado	
Parentesco com o segurado				
☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho(a) ☐ Cônjuge ☐ Companheiro(a) ☐ Irmão(ã) ☐ Avô(ó) ☐ Neto(a) ☐ Sobrinho(a)				

ASSUMO, NESTE ATO, O COMPROMISSO DE PRESTAR INFORMAÇÕES CORRETAS E VERDADEIRAS E A RESPONSABILIDADE DE REPARAR DIRETAMENTE OS DANOS CAUSADOS A EVENTUAL HERDEIRO PREJUDICADO SE PORVENTURA AS INFORMAÇÕES FOREM PRESTADAS INCORRETAMENTE E DECLARO QUE O(S) HERDEIRO(S) LEGAL(IS) DO SEGURADO É(SÃO) O(S) INFORMADOS(S) A SEGUIR:

Deixa Filhos: SIM ☐ NÃO ☐ / **Deixa Companheiro(a):** SIM ☐ NÃO ☐

Nome	E-mail	Parentesco com o Segurado	CPF	Data de Nascimento

CASO A SEGURADORA VENHA A SER OBRIGADA POSTERIORMENTE A EFETUAR PAGAMENTO A HERDEIROS POR MIM OMITIDOS NESTA DECLARAÇÃO, ASSUMO A OBRIGAÇÃO DE RESTITUIR OS VALORES PAGOS INCORRETAMENTE A MIM E AOS DEMAIS HERDEIROS INDICADOS, ACRESCIDOS DA CORREÇÃO MONETÁRIA E JUROS, VALENDO ESTE DOCUMENTO COMO TÍTULO EXECUTIVO.

NAS DECLARAÇÕES A ELE RELACIONADAS; QUE O PREENCHIMENTO INCORRETO, A OMISSÃO OU INSERÇÃO DE INFORMAÇÕES NÃO VERDADEIRAS NESTE DOCUMENTO PODERÃO TRAZER PREJUÍZOS A TERCEIROS E QUE EVENTUAIS PREJUÍZOS DEVERÃO SER SUPOSTADOS EXCLUSIVAMENTE POR MIM.

DECLARO QUE SEI QUE A UNIÃO ESTÁVEL É CONFIGURADA PELA CONVIVÊNCIA PÚBLICA ENTRE DUAS PESSOAS, COM RELAÇÃO DURADOURA E CONTÍNUA, COM FINS DE CONSTITUIÇÃO DE FAMÍLIA.

DECLARO QUE SEI QUE OS HERDEIROS LEGAIS SEGUEM A ORDEM DE VOCAÇÃO HEREDITÁRIA DISPOSTA NO CÓDIGO CIVIL.

_____, de ____ de 20____

Assinatura do Declarante
(Com firma reconhecida pelo cartório)

Local e data

NECESSARIAMENTE DUAS TESTEMUNHAS COM FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO

Nome Completo:	CPF/MF:	Ass:
Nome Completo:	CPF/MF:	Ass:

SULAMÉRICA VIDA E PREVIDÊNCIA

Declaração Marital (0008.0725.0293)

DADOS DO PARTICIPANTE / SEGURADO

Nome/Nome Social ¹			Data de nascimento / /	
Nacionalidade ¹	Tipo de documento ☐ CPF ☐ Passaporte	Nº do documento	País de emissão	
Possui residência fiscal no exterior? ¹ ☐ Sim ☐ Não		Local de nascimento		
Profissão	Detalhe da ocupação	Renda média mensal R\$		
Endereço		Número	Compl.	
Bairro	CEP	Cidade	Estado	
E-mail		Telefone ()		

Eu, _____, portador(a) da cédula de identidade RG nº _____, residente a (inserir nome completo, incluindo cidade, estado e CEP) _____, declaro à SulAmérica Seguros de Pessoas e Previdência, que o (a) segurado (a) Sr. (a) _____, faleceu em ____/____/____ no estado civil de _____.

☐ Não Deixando Companheiro (a)

☐ Deixando o (a) Sr. (a) _____ com quem manteve união estável no período de ____/____/____ á ____/____/____.

DECLARO estar ciente de que o presente documento não substitui uma declaração de união estável firmada em cartório de Registro Civil, e que na hipótese de um terceiro demonstrar ser companheiro do segurado / participante por meio de documento legal, incluindo, mas não se limitando a certidão de união estável firmada em vida com o segurado por meio de cartório de Registro Civil, decisão judicial, concessão de benefício pelo INSS como dependente do segurado, prevalecerá o documento legal, e não a presente declaração para fins de pagamento da indenização.

DECLARO estar ciente de que, caso as informações prestadas sejam inexatas, controversas e/ou não traduzam a verdade, ressarcirei a esta seguradora os valores pagos indevidamente, sem prejuízo das sanções cabíveis nos termos da legislação atinente, a que estou sujeito.

Local e data

Assinatura do declarante (RECONHECER A FIRMA)

TESTEMUNHAS

Nome completo	Assinatura (*reconhecer a firma)	CPF
Testemunha 1:		
Testemunha 2:		

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, residente à _____, na qualidade de representante legal do menor _____, nascido em _____, **DECLARO** que me responsabilizo civil e criminalmente pelo recebimento, aplicação e prestação de contas dos valores recebidos em nome do menor supracitado, referente ao Capital Segurado do contrato de Seguro de Vida firmado com o segurado de nome _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____.

Neste sentido, solicito e autorizo a SulAmérica Seguros de Pessoas e Previdência S.A. depositar na(s) conta(s) bancária(s) informada abaixo o(s) referido(s) valor(es):

Nome do titular da conta	CPF
Banco	Nº do Banco
Tipo da conta ☐ Conta-corrente ☐ Conta-poupança	
Agência	Nº da conta

Comprovado o cumprimento da obrigação, na forma acima por mim escolhida, outorgo à Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S.A., nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, QUITAÇÃO plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e em que tempo for, isentando-a de toda e qualquer responsabilidade, sendo certo que o registro da transação eletrônica do banco, valerá para todos os fins e efeitos, como quitação do sinistro reclamado.

Importante: caso o favorecido tenha idade acima de 16 até 18 anos, poderá assinar o documento em conjunto com o responsável.

Local e data

Assinatura do Declarante reconhecida por autenticidade

SULAMÉRICA VIDA INDIVIDUAL E COLETIVO

Autorização para Crédito de Indenização em Conta Corrente ou Poupança



DADOS DO SEGURADO

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

Estipulante (caso Coletivo):

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Possui residência fiscal no exterior ☐ Sim ☐ Não	Profissão	Renda R\$
---	-----------	--------------

Eu, _____, domiciliado em _____
_____, Estado _____, CEP _____
Telefone (____) _____, E-mail _____ inscrito
no CPF/CNPJ sob nº _____, solicito à SulAmérica Seguros de Pessoas e
Previdência que efetue o pagamento da indenização que me é devida, em decorrência do sinistro do
segurado acima identificado, conforme dados bancários abaixo.

Conta Bancária

Código do Banco	Código Agência (c/dígito):	Número da Conta (c/dígito):
-----------------	----------------------------	-----------------------------

Tipo de Conta ☐ Corrente ☐ Poupança ☐ CRO	Individual ou Conjunta ☐ Individual ☐ Conjunta	CPF/CNPJ
---	---	----------

Nome do Titular da Conta:

CRO: pagamento limitado a R\$ 5 mil. Obs: Para os casos de CRO, o valor permanecerá disponível no Banco durante 15 dias úteis, a contar da data do efetivo pagamento.

Atenção: não será efetuado crédito em conta de Terceiros, Conta Benefício/INSS e Conta Salário.

Declaro que estou ciente da obrigatoriedade de manter esta conta em funcionamento e comunicar à Seguradora qualquer fato que possa impedir o pagamento por crédito na conta indicada. Estou ciente que o registro da transação eletrônica do Banco valerá, para todos os fins e efeitos, como a quitação do sinistro ora reclamado.

Atenção, é obrigatório o preenchimento de todos os campos do formulário.

Local e data _____, ____/____/____	Assinatura do(a) Beneficiário(a)
---------------------------------------	----------------------------------