

Nº da RS (Requisição de Serviço/ Protocolo de Abertura)

DADOS DO SEGURADO

Nome	Nº do CPF	Data de nascimento
Profissão	Detalhe da ocupação	Renda média mensal R\$

DADOS DA APÓLICE

Apólice Nº	Certificado
------------	-------------

Em caso de seguro coletivo, informar os dados abaixo:

Nome do Empregador	Data de Admissão	Ultimo Dia de Trabalho
--------------------	------------------	------------------------

DADOS DO SINISTRO

Data do Sinistro	Hora	Local / Endereço
Descrição da ocorrência		
Possui seguro registrado em outras companhias?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não 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
--------------	--------------------------

DADOS DO PARTICIPANTE / SEGURADO

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

¹ATENÇÃO: Caso possua **NACIONALIDADE** diferente de BRASILEIRA ou **RESIDÊNCIA FISCAL NO EXTERIOR**, peça ao corretor o formulário de **IDENTIFICAÇÃO DE CLIENTES ESTRANGEIROS /RESIDÊNCIA FISCAL NO EXTERIOR** para preenchimento.

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 vivo maritalmente com (inserir nome completo do (a) companheiro (a)) _____, inscrito no CPF/MF sob nº _____, há _____ anos.

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:		

Local e data

Assinatura do declarante (RECONHECER A FIRMA)

Local e data	Assinatura Participante / Segurado

Atenção! No caso do requerente ser o próprio participante, assinatura deve ser idêntica a da proposta ou ter a firma reconhecida.

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 Individual ou Conjunta CPF/CNPJ
 Corrente Poupança CRO Individual Conjunta _____

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) _____

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

COOPEDER - COORDENAÇÃO DE SEGUROS - SULAMERICA
Morte do Cônjuge (MC)

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

Do Segurado:

- Formulário de Aviso de Sinistro
- Cópia simples do contracheque do mês/ano do sinistro.
- Cópia Simples ou imagem digitalizada do CPF, RG ou CNH.
- Cópia do comprovante de residência **nominal** do segurado.
- Formulário de dados bancários para indenização de sinistro.
- Cópia do cartão do banco/extrato/cheque (**legível**) para depósito do benefício conta poupança ou conta corrente.

Do Cônjuge

- Cópia da certidão de Óbito – **autenticada em cartório**
- Cópia Simples ou imagem digitalizada do RG ou CNH, CPF e comprovante de residência 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.
- Cópia do comprovante de residência **nominal** do cônjuge (Caso seja necessário fazer declaração de endereço é necessário anexar alguma cópia de documento que comprove o endereço citado).
- Comprovante de Vacinação contra COVID-19* (em caso de morte por COVID-19).
- 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.

Data da entrega da documentação na Coordenação de Seguros: _____

Protocolo de entrega para a corretora: _____

OBS: _____