

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 <sup>1</sup>	Tipo de documento	Nº do documento	País de emissão
	<input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> Passaporte		
Possui residência fiscal no exterior? <sup>1</sup>		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		
	( )		

**<sup>1</sup>ATENÇÃO:** 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.

## TERMO DE RESPONSABILIDADE E QUITAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_ em que o mesmo é beneficiário do valor R\$ \_\_\_\_\_, que corresponde a \_\_\_\_% do capital segurado, cuja totalidade é de R\$\_\_\_\_\_.

Neste sentido, solicito e autorizo a SulAmérica Seguro de Pessoas e Previdência S.A. que deposite na conta bancária nº \_\_\_\_\_, Banco \_\_\_\_\_, Agência \_\_\_\_\_, cujo titular é \_\_\_\_\_, o referido valor.

Comprovado o cumprimento da obrigação, na forma acima por mim escolhida, outorgo à **SulAmérica Seguros de Pessoais e Previdência**, 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.

Local e Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura do declarante com assinatura reconhecida por autenticidade)

### **Informações Importantes:**

Este formulário é um 'MODELO' que deve ser transcrito em documento próprio

Caso o favorecido tenha idade acima de **16** até **18 anos**, poderá assinar o documento em conjunto com o responsável.

# 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) \_\_\_\_\_

**DADOS DO SEGURADO**

Nome

CPF

Estado Civil

 Solteiro Casado Viúvo União Estável**DADOS DO DECLARANTE**

Nome

CPF

RG

Órgão expedidor

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

**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) INFORMADO(S) A SEGUIR:**

Nome

Parentesco  
com o Segurado

CPF

Data de  
Nascimento

Nome	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.**

**DECLARO QUE TENHO PLENO CONHECIMENTO DO ART. 299 DO CÓDIGO PENAL QUE DETERMINA QUE SEJA CRIME AS CONDUTAS DE OMITIR, EM DOCUMENTO PÚBLICO OU PARTICULAR, DECLARAÇÃO QUE DELE DEVEIA CONSTAR, OU NELE INSERIR OU FAZER INSERIR DECLARAÇÃO FALSA OU DIVERSA DA QUE DEVEIA SER ESCRITO; QUE AO CONTRATO DE SEGURO DEVE SER CONFERIDA A MAIS ESTRITA BOA-FÉ E VERACIDADE**

**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 SUPORTADOS 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  
Local e data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Declarante  
(Com firma reconhecida pelo cartório)

**NECESSARIAMENTE DUAS TESTEMUNHAS COM FIRMAS RECONHECIDAS EM CARTÓRIO**

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

# 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 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)

**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: \_\_\_\_\_