
Documentos Necessários - MNC

Comunicação de Sinistro

Relação de Documentos Obrigatórios para Análise

- Certidão de Óbito (**Documento obtido com o cartório**);
- Formulário de Declaração de Causa Mortis (Modelo 5310-963E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário de Autorização para Obtenção de Documentos Médicos (Modelo 5310-1632E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado e Cônjuge (sinistrado) (o RIC substitui o documento de identidade e CPF e deverá estar dentro da validade);
- Certidão de Casamento atualizada (**Documento obtido com o cartório**);
- Três documentos que comprovem a união estável, para os casos em que o(a) companheiro(a) for o(a) beneficiário(a), tais como: Certidão de Nascimento de filho havido em comum; Declaração de Imposto de Renda do segurado, em que conste o interessado como seu dependente; Carta de Concessão de Pensão por Morte emitida pelo Órgão Previdenciário; conta bancária conjunta; ou quaisquer outros que possam comprovar a união;
- Comprovante de Residência do Segurado, tais como: contas recentes de água, luz, telefone fixo, gás, IPVA, IPTU e IRPF. O comprovante atualizado deve ser um dos últimos 03 (três) meses. Caso não possua conta em seu nome, enviar declaração fornecida pelo titular da conta, informando que o segurado reside no endereço constante na conta apresentada, com reconhecimento de duas testemunhas;
- Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Conta-Poupança (Modelo 5310-292E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário Pessoas Físicas Politicamente Expostas - PPE (Modelo 5310-1642E) (**Documento fornecido pela Seguradora**).

Observações

1 - Para Seguro de Apólices Específicas, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Contracheque ou holerite do mês de ocorrência do sinistro, quando o capital segurado for múltiplo salarial ou segurado contributivo (**Documento obtido com a Empresa**).

2 - Para Seguro Clube Vida Empresarial, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Declaração do contador referente ao mês anterior do evento, informando a quantidade total de funcionários (Matriz/Filiais/Coligadas) e, havendo funcionários afastados, indicar os nomes, datas do afastamento e causas (**Documento obtido com a Empresa**);
- Guia de Recolhimento do FGTS completa (Matriz/Filiais/Coligadas) referente ao mês anterior ao evento (**Documento obtido com a Empresa**);
- Cópia do Contrato Social da empresa e todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual anterior ao sinistro, quando o sinistrado for sócio (**Documento obtido com a Empresa**);
- Cópia do Termo de Abertura e Cadastro de Produtor Rural (quando o estipulante for entidade rural) (**Documento obtido com a Empresa**);
- Ficha de Registro de Empregado do Segurado (**Documento obtido com a Empresa**);

3 - A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.

4 - A entrega da documentação obrigatória não implica em prévio reconhecimento da cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência S.A. e não obriga, automaticamente, a Seguradora a efetuar o pagamento do Capital Segurado.

Declaração de Causa Mortis pelo Médico Assistente

1	Nome do falecido (por extenso)						2	Data do Falecimento		
3	Sexo	4	Data de Nascimento	5	Cor	6	Estado Civil	7	Naturalidade	
8	Nacionalidade			9	Profissão		10	CPF		
11	Doc. Identificação - Tipo	Nº Documento		Órgão Exp.	UF	Data Emissão		Validade		
12	Endereço						13	Telefone ()		
14	Bairro		15	Cidade		16	CEP		17	UF
18	Local do Falecimento, se ocorrido em hospital, dê o nome									
19	Endereço						20	Telefone ()		
21	Bairro		22	Cidade		23	CEP		24	UF
Causa da Morte										
Parte I										
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.										
Causas Antecedentes										
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.										
25										
Parte II										
Outros estados patológicos significativos que contribuíram para a morte, porém não relacionados com a doença ou estado patológico que a produziu.										
Tratamento a que foi submetido o paciente e datas.										
26										

Declaração de Causa Mortis pelo Médico Assistente

27	Fez Eletrocardiograma ou outros exames? Quais, em que data e quais os resultados?						
28	Houve Cirurgia? Qual o tipo e em que data?						
29	Duração da doença segundo conhecimento pessoal			30	Duração segundo informações obtidas		
	anos	meses	dias		anos	meses	dias
31	Quanto tempo esteve o falecido doente quando V.Sa. foi chamada para assisti-lo na sua última enfermidade?						
32	Data da sua primeira visita durante a última enfermidade		33	Data da sua última visita		34	Contribuiu a ocupação do falecido para a sua morte?
35	Nome do médico que assistiu ao paciente anteriormente						
36	Foi o falecimento ocasionado por suicídio, homicídio ou acidente ? Se acidente, dê a data, diagnóstico e descrição das lesões						
37	Faça aqui as observações que julgar necessárias para melhor esclarecimento da doença						
38	Afirmo que assisti ao falecido desde o dia ____/____/____ a ____/____/____ e que as respostas acima são completas e verdadeiras						
	Localidade				Data		
	Nome do médico						
	Endereço do consultório (ou outros)						
	Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone ()		
	Assinatura do Médico (CRM)						
	Atenção: a assinatura do Médico deve conter carimbo e CRM.						

Autorização (Somente para Obtenção de Documentos Médicos)

Seguradora

Bradesco Vida e Previdência S.A.

Prestadora (a ser preenchido pela Seguradora)

Eu, _____, RG N° _____
residente à _____, bairro _____
na cidade de _____ na qualidade de beneficiário(a) e Responsável Legal do
(a) Sr. (a) _____, autorizo para
instruir o processo de Regulação de Sinistro Vida, que os Médicos, Hospitais, Clínicas, Postos de Saúde,
Laboratórios, INSS, Convênios de Saúde prestem todas as informações, fornecendo Relatórios Médicos,
cópias de Prontuários, cópias e Laudos de Exames solicitados pela Área Médica ou representante desta
Seguradora, de acordo com os artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética Médica

Local e Data

Assinatura do(a) declarante (reconhecer firma).

Nome:

RG:

Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança

Dados do Sinistro

Estipulante do Seguro		Nome do Segurado	
Segurado Sinistrado	Data do Sinistro	Apólice N°.	Certificado

Dados Pessoais do Beneficiário

Nome Completo (sem abreviações)		Data de Nascimento	CPF/CNPJ/MF		
Doc. Identificação - Tipo	N° Documento	Órgão Expedidor	UF	Data Emissão	Validade
Endereço (Rua, Av.)				N°.	
Bairro	Cidade		UF	CEP	
Telefone (DDD+ N°.)	E-mail				

Autorizo a Bradesco Vida e Previdência S.A. a creditar o valor da indenização deste seguro, em Conta-Corrente/Poupança de minha titularidade, abaixo indicada, devidamente corrigido nos termos que estabelecem as Condições Gerais do Contrato de Seguro, comprometendo-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumindo integralmente a responsabilidade perante essa Seguradora e/ou terceiros, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas inerentes a esses dados.

Obrigo-me, ainda, a comunicar imediatamente de forma escrita a essa Seguradora, qualquer alteração cadastral na referida Conta-Corrente/Poupança, que enseje o não cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Conta Bancária			Tipo da Conta (indicar apenas um tipo)	
Nome do Banco	Cód. Banco	Díg.	Conta-Corrente <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	Conta-Poupança <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta
Cód. Agência		Díg.		
N° da Conta		Díg.	CPF do Titular:	CPF do Titular:

* O não preenchimento de todos os campos deste formulário implicará na devolução do mesmo.

Local e Data

Assinatura

Central de Relacionamento Consultas, Informações e Serviços Transacionais. Capitais e Regiões Metropolitanas: 4002 0022 Demais Localidades: 0800 570 0022 Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 7h30 às 19h30, exceto feriados.	SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais. Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
---	--

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Pessoas Físicas Politicamente Expostas PPE - Circular 445 Susep

Nome do Segurado/Beneficiário	CPF/MF
-------------------------------	--------

Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? Sim Não
 Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Empresa/Órgão Público	Profissão
-----------------------	-----------

Nome do Cargo ou Função	Data Início do Exercício	Data Fim do Exercício
-------------------------	--------------------------	-----------------------

Faixa de Renda Mensal

Sem Renda De 2.500,01 a 5.000,00 Acima de 10.000,00
 Até 2.500 De 5.000,01 a 10.000,00

Possui relacionamento/ligação com Agente Público? Sim Não
 Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Grau de Relacionamento

Pai/Mãe Filho(a) Cônjuge
 Enteadado(a) Companheiro(a) Outros: _____

Nome da Pessoa Exposta Politicamente	CPF/MF
--------------------------------------	--------

Nome do Cargo ou Função	DDD	Telefone
-------------------------	-----	----------

Declaro, para os devidos fins e sob as penas de lei, que são verdadeiras as informações por mim prestadas e constantes nesta ficha e que deverei manter atualizadas as informações ora declaradas, comprometendo-me a prestar nova declaração caso qualquer uma das situações acima se altere.

Local e Data

Assinatura do Segurado/Beneficiário

1- De acordo com o art. 4º da Circular nº 445 de 02 de julho de 2012, consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras:

I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II - os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União;

III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores;

IV - os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;

V - os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI - os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembléia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal;

VII - os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

2 - Pessoas politicamente expostas estrangeiras: são aquelas que exercem ou exerceram importantes funções públicas em um país estrangeiro; por exemplo, chefes de Estado e de Governo, políticos de alto nível, altos servidores dos poderes públicos, magistrados ou militares de alto nível, dirigentes de empresas públicas ou dirigentes de partidos políticos.