
Documentos Necessários - MAS

Comunicação de Sinistro

Relação de Documentos Obrigatórios para Análise

- Certidão de Óbito (**Documento obtido com o cartório**);
- Boletim ou Certidão de Ocorrência Policial (**Documento obtido com a delegacia de polícia**);
- Laudo de Necropsia ou Cadavérico (**Documento obtido com o IML**);
- Laudo de Reconhecimento de Cadáver, se a morte for por carbonização (**Documento obtido com o IML**);
- Peças do Inquérito Policial tais como: depoimento de testemunhas, relatório da autoridade competente, etc. ou documento comprobatório da não abertura do inquérito (**Documento obtido com a delegacia de polícia**);
- Laudo do Exame de Dosagem Alcoólica/Toxicológico (se o segurado era o condutor do veículo na ocasião do acidente). Caso o exame não tenha sido realizado, deve ser enviada Declaração do IML ou órgão competente esclarecendo o motivo da não realização (**Documento obtido com o IML**);
- A devida habilitação quando o segurado for o condutor do veículo na ocasião do acidente, seja ele terrestre, aéreo ou marítimo;
- Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT), se for o caso, devidamente protocolado pelo INSS (**Documento obtido com a Empresa**);
- Formulário de Autorização para Obtenção de Documentos Médicos (Modelo 5310-1632E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário Declaração de Herdeiros (Modelo 5310-1016E): quando não houver indicação de beneficiário(s) ou quando a Cláusula Beneficiária na Proposta de Seguro for conforme a lei ou quando houver indicação de forma genérica, tais como: filhos, irmãos, sobrinhos (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Documento de Identidade ou Certidão de Nascimento e CPF ou RIC do Segurado e do(s) Beneficiário(s) (o RIC substitui o documento de identidade e CPF e deverá estar dentro da validade);
- Certidão de Casamento **atualizada**, quando o(a) Beneficiário(a) for o(a) Cônjuge e não tiver sido designado nominalmente (**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 do 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(s) Beneficiário(s), 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 Beneficiário 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 de Autorização para Crédito de Indenização a beneficiário menor de idade, em conta poupança de movimentação vinculada à maioridade (Modelo 5310-1640E) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário Pessoas Físicas Politicamente Expostas - PPE (Modelo 5310-1642E) (**Documento fornecido pela Seguradora**).

Documentos Necessários - MAS

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**);
- Cartão Proposta e Proposta de Adesão assinados pelo Segurado. Caso não possua, encaminhar correspondência emitido pelo Estipulante confirmando a inexistência do Cartão Proposta e da Proposta de Adesão assinados pelo Segurado (**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 de todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador, informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual anterior ao óbito, 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 Entidade**);
- Ficha de Registro de Empregado e Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho do Segurado (**Documento obtido com a Empresa**).

3 - Para Seguro Educacional, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Declaração do Estabelecimento de Ensino constando estimativa dos valores das mensalidades a vencer, até o término do curso (**Documento obtido com o Estabelecimento de Ensino**);
- Cópia das três últimas mensalidades, imediatamente anteriores ao mês da ocorrência (**Documento obtido com o Estabelecimento de Ensino**);
- Contrato de Matrícula (**Documento obtido com o Estabelecimento de Ensino**);
- Autorização do responsável legal para pagamento direto ao Estabelecimento de Ensino, caso seja de sua vontade.

4 - Para Seguro Prestamista, além dos documentos obrigatórios, deverá ser entregue também:

- Proposta de Adesão ao seguro completa/Contrato de Adesão ao Financiamento/Declaração Pessoal de Saúde (**Documento obtido com o Corretor de Seguro e/ou Agência Emissora**);
- Cópia do Contrato de Transferência de Cota, se for o caso (**Documento obtido com o Corretor de Seguro e/ou Agência Emissora**);
- Cópia do Contrato Social da empresa e de todas as alterações inerentes e Declaração por escrito do contador, informando qual e quando ocorreu a última alteração contratual anterior ao óbito, quando o sinistrado for sócio (**Documento obtido com a Empresa**).

5 - A Seguradora se reserva no direito de solicitar outros documentos que se fizerem necessários à plena elucidação do sinistro.**6 - A entrega da documentação obrigatória não implica em prévio reconhecimento de 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.**

Autorização (Somente para Obtenção de Documentos Médicos)

Seguradora

Bradesco Vida e Previdência S.A.

Prestadora (a ser preenchido pela Seguradora)

Eu, _____, RG Nº _____
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:

Declaração de Herdeiros

Os herdeiros abaixo assinados declaram para os devidos fins e efeitos de direito e sob as penas da lei, que o(a) segurado(a) _____, brasileiro(a), estado civil _____, portador(a) do RG nº _____, CPF/MF nº _____, faleceu em _____, () deixando bens ou () não deixando bens particulares; () não deixando companheiro(a) reconhecido(a) pela Lei Previdenciária Nº 8.213/1991; () deixando o(a) companheiro(a) reconhecido(a) pela Lei Previdenciária Nº 8.213/1991, de nome _____; () deixando filho(s) ou () não deixando filho(s), tendo como únicos herdeiros legais os que abaixo firmam e chamam para si e solidariamente, a responsabilidade tanto na esfera administrativa como na judiciária, por eventuais herdeiros que possam surgir como beneficiários (as) do Seguro de Vida deixado pelo(a) segurado(a) mencionado, junto à **Bradesco Vida e Previdência S.A.** e/ou **Bradesco Seguros S.A.**

Local e Data

1	Nome		Data de Nascimento
	Grau de Parentesco	CPF/MF	RG
	Assinatura		
2	Nome		Data de Nascimento
	Grau de Parentesco	CPF/MF	RG
	Assinatura		
3	Nome		Data de Nascimento
	Grau de Parentesco	CPF/MF	RG
	Assinatura		

Declaração de Herdeiros

4	Nome		Data de Nascimento
	Grau de Parentesco	CPF/MF	RG
	Assinatura		
5	Nome		Data de Nascimento
	Grau de Parentesco	CPF/MF	RG
	Assinatura		
6	Nome		Data de Nascimento
	Grau de Parentesco	CPF/MF	RG
	Assinatura		

Estamos cientes que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos de ressarcir o valor recebido, sem prejuízo das penas a que estarei sujeito, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal.

Ordem de Sucessão

De acordo com o que estabelece o artigo 792 e os artigos 1829 a 1844 do Código Civil em vigor, a sucessão legal dar-se-á na seguinte ordem:

1ºs Herdeiros - Descendentes (filhos, netos, bisnetos), em concorrência com o cônjuge sobrevivente quando o segurado for casado pelo regime de comunhão parcial e houver deixado bens. **Na falta de descendentes:**

2ºs Herdeiros - Ascendentes (pais, avós, bisavós), em concorrência com o cônjuge sobrevivente. **Na falta de ascendentes:**

3ºs Herdeiros - Cônjuge ou companheiro(a) sobrevivente. **Na falta de cônjuge ou companheiro(a):**

4ºs Herdeiros - Colaterais (irmãos, sobrinhos, primos, tios). **Na falta de colaterais:**

5ºs Herdeiros - Município, Distrito Federal, União.

Observações:

- 1) Todos deverão assinar e anexar cópia do RG e ou Certidão de Nascimento e CPF.
- 2) Sendo o herdeiro menor de idade, a declaração deve ser assinada pelo seu representante legal.
- 3) Reconhecer firma de todas as assinaturas

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.

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 à Bradesco Vida e Previdência 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.	CPF do Titular:	CPF do Titular:
N°. da Conta		Díg.		

* 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

<input type="checkbox"/> Sem Renda	<input type="checkbox"/> De 2.500,01 a 5.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de 10.000,00
<input type="checkbox"/> Até 2.500	<input type="checkbox"/> 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

<input type="checkbox"/> Pai/Mãe	<input type="checkbox"/> Filho(a)	<input type="checkbox"/> Cônjuge
<input type="checkbox"/> Enteado(a)	<input type="checkbox"/> Companheiro(a)	<input type="checkbox"/> 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.

Autorização para Crédito de Indenização a Beneficiário Menor de Idade, em Conta-Poupança de Movimentação Vinculada à Maioridade

Dados do Sinistro

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

Dados Pessoais do Beneficiário Menor / Titular da Conta

Nome Completo (sem abreviações)		Data de Nascimento		CPF/MF
N° do Doc. Identificação e Tipo	Órgão Expedidor	UF	Data de Emissão	Validade
Endereço			Número	Complemento
Bairro		Cidade		UF CEP
DDD	Telefone	E-mail		

Dados Pessoais do Representante Legal

Nome Completo (sem abreviações)		Grau de Parentesco		CPF/MF
N° do Doc. Identificação e Tipo	Órgão Expedidor	UF	Data de Emissão	Validade

Autorizo a Bradesco Vida e Previdência a creditar o valor do capital segurado do Seguro acima identificado, devidamente corrigido e nos termos estabelecidos nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, em Conta Poupança abaixo indicada, de minha exclusiva titularidade e cuja movimentação está vinculada à maioridade, comprometendo-me, neste ato, 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.

Assumo, igualmente neste ato, o compromisso de comunicar a essa Seguradora, por escrito e de imediato, qualquer alteração cadastral na referida Conta Poupança que impossibilite o cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Reconheço que o preenchimento deste formulário e a autorização de depósito ora concedida, bem como a adoção de demais providências porventura necessárias ao eventual recebimento da indenização pleiteada, não implica em prévio reconhecimento de cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência e não obriga, automaticamente, a seguradora a efetuar o depósito do capital segurado ora autorizado.

Conta Poupança Vinculada a Maioridade

Nome/Código do Banco	N° da Agência	Díg.	N° da Conta-Poupança	Díg.
Nome do Titular da Conta			CPF/MF	

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

Local e Data

Assinatura Beneficiário

Assinatura Representante Legal

Central de Relacionamento
 Consultas, Informações e Serviços Transacionais.
 Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704
 Demais Localidades: 0800 701 2714
 Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144
 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778
 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.