

---

## Documentos Necessários - MNS

---

### 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**);
- 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) ( 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 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(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); Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012) (**Documento fornecido pela Seguradora**);
- Formulário de Autorização para Crédito de Indenização a beneficiário menor de idade, em conta poupança de movimentação vinculada à maioria (Modelo 5310-1640E) (**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 contribuinte (**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**);

---

### **Documentos Necessários - MNS**

---

- 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 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 Emprego 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 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 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
<b>Causa da Morte</b>										
<b>Parte I</b>										
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.										
<b>Causas Antecedentes</b>										
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.										
25										
<b>Parte II</b>										
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)				
	<b>Atenção: a assinatura do Médico deve conter carimbo e CRM.</b>				

---

**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:

---

### 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.

**Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança;  
Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012)**

**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
Endereço (Rua, Av.)				N°
Bairro	Cidade		UF	CEP
Telefone (DDD+ N°)	E-mail		Profissão	

**Faixa de Renda Mensal**

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

**Pessoas Politicamente Expostas (descrição no verso)**

**Exerce/Exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante ou de alta administração em uma organização internacional de qualquer natureza?**  
 Sim  
 Não

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Empresa/Órgão Público		
Nome do Cargo ou Função	Data Início do Exercício	Data Fim do Exercício

**Possui relacionamento/ligação com Agente Público que exerce/exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante ou de alta administração em uma organização internacional de qualquer natureza?**

Se a resposta for Sim, preencha os campos abaixo.

Sim  
 Não

**Grau de Relacionamento**

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

Nome da Pessoas Politicamente Expostas	CPF/MF
--	--------

Empresa/Órgão Público	
Nome do Cargo ou Função	DDD - Telefone

**Em caso afirmativo, juntar ao processo cópia simples do holerite/contracheque e/ou declaração do imposto renda**

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. Obrigoo-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.

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

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

Local e Data

Assinatura



---

**Formulário de Autorização para Crédito de Indenização em Conta-Corrente/Poupança;  
Pessoas Politicamente Expostas (Circular SUSEP 445/2012)**

---

**Definição PPE - Pessoas Politicamente Expostas**

1 - De acordo com o art 4º da Circular nº 445, de 02 de julho de 2012, consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

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

II - Os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União:

a) de ministro de Estado ou equiparado;

b) de natureza especial ou equivalente;

c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e

d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes;

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 Assembleia 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 consideradas aquela 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.

\* Conteúdo da circular SUSEP pode ser consultado na íntegra no endereço: <http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

**Todos os campos do formulário são preenchimento Obrigatório.**

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas  
Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas  
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794  
Demais Localidades: 0800 701 2794  
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, 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 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 S.A. 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 maioria, 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 S.A. 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.