

---

## Documentos Necessários – MAC

---

### 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 sinistrado 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 sinistrado (cônjuge) 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**);
- 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 contribuinte (**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 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.**

---

**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:

## 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.	<b>Conta-Corrente</b> <input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	<b>Conta-Poupança</b> <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

- ☐ 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.