

HABILITAÇÃO DE BENEFÍCIOS - PESSOA FÍSICA

DADOS DO PROPONENTE

		Matrícula	Nº Proposta	<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Coletivo
Nome do estipulante				
*Nome completo do segurado			*Data de Nasc.	*CPF

Venho por meio deste requerimento solicitar o pagamento do(s) benefício(s) abaixo assinalado(s), referente(s) à(s) proposta(s) acima indicada(s).

Benefício(s) decorrente(s) de:				
<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte por Acidente	<input type="checkbox"/> Invalidez Permanente Total por Doença		
<input type="checkbox"/> Sobrevivência	<input type="checkbox"/> Diária de Incapacidade Temporária	<input type="checkbox"/> Despesa Médica Hospitalar por Acidente		
<input type="checkbox"/> Internação Hospitalar por Doença	<input type="checkbox"/> Renda de Aposentadoria	<input type="checkbox"/> PCHV	<input type="checkbox"/> Doenças Graves	<input type="checkbox"/> Outros

Autorização para informações

Autorizo(amos), na qualidade de beneficiário(s) do segurado nomeado(s), os médicos que o trataram, os hospitais e clínicas médicas onde esteve internado ou em tratamento, bem como laboratórios que tenham realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela Mongeral Aegon, que seja através de declarações ou cópias de exames e prontuários médicos, tudo em conformidade com os artigos 102, 106 e 112 e § único do Código de Ética Médica do C.F.M, nº 1246/88, assim como também a toda e qualquer repartição pública, estadual ou municipal, INSS, autarquias ou empresas onde tenha trabalhado.

Definição de Pessoa Politicamente Exposta:				
Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 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, conforme definido na Circular SUSEP nº 445/2012 e na IN 26/2008. São considerados familiares os parentes na linha, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.				

*Nome do Beneficiário 1		*Data de Nascimento	*Grau de Parentesco	*CPF
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos
*Faixa de Renda <input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01	*É pessoa politicamente exposta ¹ ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:		
*Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	*Você tem obrigações fiscais com outros países? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Financeiras Complementares.			
*Profissão	*DDD	*Telefone	*DDD	*Celular
*Endereço Residencial			*Número	*Complemento
*Bairro	*Estado	*Cidade	CEP	
E-mail		Deseja receber informações / correspondências por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário Cheque

Banco	Agência	Conta-Corrente
-------	---------	----------------

 Local e Data

 Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):
--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 445/2012, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

*Nome do Beneficiário 2			*Data de Nascimento		*Grau de Parentesco		*CPF	
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos	
*Faixa de Renda <input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01		*É pessoa politicamente exposta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
*Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		*Você tem obrigações fiscais com outros países? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Financeiras Complementares.						
*Profissão		*DDD	*Telefone		*DDD	*Celular		
*Endereço Residencial					*Número		*Complemento	
*Bairro			*Estado		*Cidade		*CEP	
E-mail				Deseja receber informações / correspondências por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário Cheque

Banco	Agência	Conta-Corrente
-------	---------	----------------

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):
--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 445/2012, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

*Nome do Beneficiário 3			*Data de Nascimento		*Grau de Parentesco		*CPF	
*Identidade	*Órgão Emissor	*Data de Expedição	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos	
*Faixa de Renda <input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01		*É pessoa politicamente exposta? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
*Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		*Você tem obrigações fiscais com outros países? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Financeiras Complementares.						
*Profissão		*DDD	*Telefone		*DDD	*Celular		
*Endereço Residencial					*Número		*Complemento	
*Bairro			*Estado		*Cidade		*CEP	
E-mail				Deseja receber informações / correspondências por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

Forma de Pagamento Conta-Corrente do Beneficiário Conta-Poupança do Beneficiário Cheque

Banco	Agência	Conta-Corrente
-------	---------	----------------

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):
--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 445/2012, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.