

CHUBB® Habilitação de Benefícios Pessoa Física – Autorização de Crédito

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 445/2012 e IN SPC 26.Jan/2013 - F053

MATRÍCULA	APÓLICE(S)		
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Coletivo	ESTIPULANTE		
NOME COMPLETO DO SEGURADO*	DATA NASCIMENTO*	CPF*	

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

Benefícios decorrentes de:

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte por Acidente	<input type="checkbox"/> Invalidez Funcional Permanente Total por Doença	<input type="checkbox"/> Invalidez Total/Parcial por Acidente
<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"/> 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 Chubb Seguros Brasil S.A. (em aprovação), 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:

É considerada Pessoa politicamente exposta: agentes público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargo, emprego ou função pública relevante nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, 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.

BENEFICIÁRIO 1

NOME COMPLETO*	DATA NASCIMENTO*	GRAU DE PARENTESCO*	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE* RENDA*	ORGÃO EMISSOR*	CPF*	FAIXA DE <input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 5.000,00
É PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA?*			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESPECIFICAR:			
PROFISSÃO*	E-MAIL*	DDD*	TELEFONE*
ENDEREÇO (RUA/AVENIDA)*	NÚMERO*	COMPLEMENTO*	
BAIRRO*	CIDADE*	ESTADO (UF)*	CEP*
Forma de Pagamento: <input type="checkbox"/> Conta-corrente do Beneficiário <input type="checkbox"/> Conta Poupança do Beneficiário			
BANCO	AGÊNCIA	CONTA	CPF DO FAVORECIDO

LOCAL E DATA

ASSINATURA

CHUBB® Habilitação de Benefícios Pessoa Física – Autorização de Crédito

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 445/2012 e INSPC 26.Jan/2013 - F053

BENEFICIÁRIO

2

NOME COMPLETO*		DATA NASCIMENTO*	GRAU DE PARENTESCO*	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE* RENDA*		ORGÃO EMISSOR*	CPF*	FAIXA DE <input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 5.000,00
É PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA?*				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESPECIFICAR:				
PROFISSÃO*	E-MAIL*		DDD*	TELEFONE*
ENDEREÇO (RUA/AVENIDA)*			NÚMERO*	COMPLEMENTO*
BAIRRO*	CIDADE*		ESTADO (UF)*	CEP*
Forma de Pagamento: <input type="checkbox"/> Conta-Corrente do Beneficiário <input type="checkbox"/> Conta Poupança do Beneficiário				
BANCO	AGÊNCIA	CONTA	CPF DO FAVORECIDO	

LOCAL E DATA

ASSINATURA

BENEFICIÁRIO

3

NOME COMPLETO*		DATA NASCIMENTO*	GRAU DE PARENTESCO*	
DOCUMENTO DE IDENTIDADE* RENDA*		ORGÃO EMISSOR*	CPF*	FAIXA DE <input type="checkbox"/> Até R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 1.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 5.000,00
É PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA?*				
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ESPECIFICAR:				
PROFISSÃO*	E-MAIL*		DDD*	TELEFONE*
ENDEREÇO (RUA/AVENIDA)*			NÚMERO*	COMPLEMENTO*
BAIRRO*	CIDADE*		ESTADO (UF)*	CEP*
Forma de Pagamento: <input type="checkbox"/> Conta-corrente do Beneficiário <input type="checkbox"/> Conta Poupança do Beneficiário				
BANCO	AGÊNCIA	CONTA	CPF DO FAVORECIDO	

LOCAL E DATA

ASSINATURA