

DADOS DO SEGURADO

| | | |
|----------------------------|----------------|--|
| 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:

- ☐ Morte Natural ☐ Morte Acidental ☐ Diária de Incapacidade Temporária ☐ Despesas Médica Hospitalares por Acidente
☐ Sobrevivência ☐ Invalidez Permanente Total por Doença ☐ Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente
☐ Internação Hospitalar por Doença ☐ Renda de Aposentadoria ☐ PCHV ☐ Doenças Graves ☐ 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"/> 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 exposta¹? <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 Tributárias 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 (cruzado em preto e intransferível)

| | | |
|-------|---------|----------------|
| 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 exposta¹? <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 Tributárias 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 (cruzado em preto e intransferível)

| | | |
|-------|---------|----------------|
| 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 exposta¹? <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 Tributárias 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 (cruzado em preto e intransferível)

| | | |
|-------|---------|----------------|
| 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.