

São Paulo, _____ de _____ de 20__.

Ref.: Solicitação de Documentos

Para análise do processo, favor proceder conforme as instruções a seguir:

- **Aviso de Sinistro:** devidamente preenchido e assinado.
- **Formulário de Declaração Médica:** devidamente preenchido e assinado, contendo o carimbo de identificação e a assinatura do médico responsável reconhecida em cartório.
- **Formulário de Autorização de Pesquisa Médica:** devidamente preenchido e assinado com firma reconhecida.
- **Formulário de Autorização para Crédito em Conta:** devidamente preenchido e assinado.
- **Formulário de Herdeiros:** devidamente preenchido e assinado por um familiar, com firma reconhecida do declarante e das testemunhas.
- **Relação de Documentos:** conforme lista de documentos.

Em caso de dúvida, ligue para nossa Central de Atendimento aos Clientes **0800 729 7000**.

Atenciosamente,

Companhia de Seguros Aliança do Brasil

ATENÇÃO:

1. Os documentos solicitados deverão ser encaminhados legíveis, para evitar atraso na regulação do sinistro pelo site www.bbseguros.com.br, seguindo o caminho de acesso: Clique em “Atendimento”, depois em “Sinistro” e por último “Acompanhamento de Sinistro”, caso não seja possível poderá ser entregue à agência de relacionamento do Banco do Brasil.
2. As radiografias e tomografias deverão ser entregues na sua agência de relacionamento do Banco do Brasil.
3. É reservado a seguradora o direito de solicitar documentos complementares para comprovação da cobertura do sinistro.
4. Vale ressaltar que, o processo de regulação do sinistro será iniciado somente após o recebimento da documentação solicitada para análise.



AVISO DE SINISTRO Nº

DADOS DO SINISTRADO

1 - NOME COMPLETO:

2 - CLASSIFICAÇÃO: A - TITULAR B - CÔNJUGE C - FILHO(A)

3 - CPF / CNPJ:

DADOS DO SEGURO

4 - NOME COMPLETO DO SEGURADO TITULAR:

5 - SEGURO:

6 - APÓLICE / PROPOSTA Nº:

SINISTRO VIDA

7 - TIPO DE EVENTO:

8 - DATA DO EVENTO: ___/___/___

INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O SINISTRO

9 - CASO QUEIRA ACRESCENTAR ALGUMA INFORMAÇÃO SOBRE A OCORRÊNCIA QUE NÃO ESTÁ CONTEMPLADA NO AVISO DE SINISTRO, FAVOR ESCREVER OS DETALHES:

DADOS DO SOLICITANTE

10 - NOME:

11 - RUA / AVENIDA:

12 - BAIRRO:

13 - CIDADE:

14 - UF:

15 - CEP:

16 - DDD / FONE:

17 - E-MAIL:

18 - DATA: ___/___/___

19 - ASSINATURA DO SOLICITANTE

LISTA DE DOCUMENTOS

Descrição da Documentação	Local para obter documentação
Formulário "aviso de sinistro" assinado	O documento pode ser retirado nas agências do Banco do Brasil ou encontrado no site: www.bbseguros.com.br - Atendimento - Sinistro - Formulários e Declarações
Certidão de Óbito da pessoa que sofreu o sinistro	Cartório
Comprovante(s) de residência em nome do(s) beneficiário(s). Na falta do comprovante de residência no nome do(s) beneficiários, anexar comprovante do endereço descrito na autorização do pagamento.	Documento pessoal
RG(s) e CPF(s) do(s) beneficiário(s) indicado (s). Na falta do RG, para beneficiário(s) menor(es) de idade enviar a Certidão(ões) de Nascimento. OBS. O ENVIO DO CPF É OBRIGATÓRIO	Documento pessoal
Declaração Médica (utilizar o formulário de declaração médica de Morte Natural), carimbada e assinada pelo médico assistente da pessoa que sofreu o sinistro (segurado titular/ cônjuge), com firma reconhecida em cartório	O documento pode ser retirado nas agências do Banco do Brasil ou encontrado no site: www.bbseguros.com.br - Atendimento - Sinistro - Formulários e Declarações
Formulário individual "Autorização de Pagamento de Sinistro - Crédito em Conta" preenchido e assinado pelo beneficiário. IMPORTANTE: HAVENDO MAIS DE UM BENEFICIÁRIO TIRAR CÓPIA PARA CADA UM. OBS. A CONTA DEVERÁ SER INDIVIDUAL	O documento pode ser retirado nas agências do Banco do Brasil ou encontrado no site: www.bbseguros.com.br - Atendimento - Sinistro - Formulários e Declarações
Formulário de Autorização de Pesquisa Médica: deverá ser entregue devidamente preenchido, assinado pelo beneficiário / representante legal com firma reconhecida	O documento pode ser retirado nas agências do Banco do Brasil ou encontrado no site: www.bbseguros.com.br - Atendimento - Sinistro - Formulários e Declarações
RG/CPF e Comprovante(s) de residência em nome do sinistrado. Na falta do comprovante de residência no nome do sinistrado, enviar uma declaração simples e o comprovante de residência que ratifique o endereço informado na declaração	Documento do segurado
Exames Médicos realizados	Hospital ou Consultório (médico responsável pelo atendimento)
Certidão de Casamento atualizada com averbação do óbito. Se companheiro(a) enviar: Comprovante de Dependência Marital junto ao INSS ou Órgão Similar ou Escritura Pública Declaratória de Sociedade de fato ou Declaração de Companheiro (a) com assinatura de um familiar e duas testemunhas, com reconhecimento de firma de todos os que assinam o documento.	O documento pode ser retirado nas agências do Banco do Brasil ou encontrado no site: www.bbseguros.com.br - Atendimento - Sinistro - Formulários e Declarações
Na falta do cônjuge do segurado enviar: - Declaração de Herdeiros (conforme a lei art. 792 CC), a declaração deve possuir a assinatura de um familiar e duas testemunhas, com reconhecimento de firma de todos os que assinam o documento.	O documento pode ser retirado nas agências do Banco do Brasil ou encontrado no site: www.bbseguros.com.br - Atendimento - Sinistro - Formulários e Declarações

AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA MÉDICA

(PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA SEGURO DE VIDA EM GRUPO (VG) E ACIDENTES PESSOAIS (AP))

Eu, _____
(Nome Completo e Legível do(a) beneficiário(a) / Responsável Legal)

_____, autorizo, na qualidade de beneficiário(a) /
Responsável Legal do(a) senhor(a) _____
(Nome Completo e Legível do(a) Segurado(a))

_____, em caso de morte natural do respectivo(a)
segurado(a), que os médicos, hospitais ou laboratórios prestem todas as
informações solicitadas pela área médica ou assessoria médica desta Seguradora.

Local e data

Assinatura do(a) beneficiário(a) / Responsável Legal com Reconhecimento de Firma



Prezado(a) Doutor(a),

Para análise e conclusão do processo de sinistro em questão, solicitamos o preenchimento da *Declaração do Médico Responsável* da forma mais completa possível.

Atenciosamente,

Assessoria Médica da Aliança do Brasil

DECLARAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

1 – Nome completo do(a) falecido(a): _____

2 – Idade: _____ Data do falecimento: __/__/____

3 – Local do falecimento. Se ocorrido em hospital ou em outra instituição, cite o nome e endereço: _____

Rua: _____
Nº _____ Cidade: _____ UF: _____

4 – Informar desde que data o colega vinha assistindo o(a) Segurado(a):
__/__/____

5 – Causas da Morte:

5.1 - Principal: _____

5.2 - Secundárias: _____

6 – Citar a data em que o(a) Segurado(a) passou a apresentar manifestações clínicas das doenças relacionadas com o óbito:

6.1 - Doença principal: __/__/____

6.2 - Doenças secundárias: __/__/____

7 – Citar a data em que foram firmados os diagnósticos das causas da morte:

7.1 - Doença principal: __/__/____

7.2 - Doenças secundárias: __/__/____

8 – Mencionar outras patologias que possam ter relação com as causas da morte, com as datas dos diagnósticos:

9 – Mencionar se foi o primeiro médico a estabelecer tais diagnósticos. Caso negativo, favor informar quem o fez, relacionando nome(s) e endereço(s):

10 – Citar a data em que foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias que levaram o(a) Segurado(a) ao óbito: __/__/____

10.1 - Cite os tratamentos:

11 – Exames complementares relacionados com as patologias citadas anteriormente. Mencione os resultados e datas de realização:

12 – Confirmar se o(a) Segurado(a) foi submetido(a) a alguma cirurgia. Quais e em que datas: _____

12.1 - Pelas patologias citadas anteriormente: _____

12.2 - Por outras causas: _____

13 – Segundo seu conhecimento, mencione a duração da doença principal:

_____ anos _____ meses _____ dias

14 – Solicitamos que nos sejam informados os nomes de outros médicos que tenham assistido o(a) Segurado(a) nas patologias que o(a) levaram ao óbito:

Nome: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Nome: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Nome: _____

Endereço: _____ Tel.: _____



IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Nome: _____ CRM: _____

Endereço (comercial ou residencial): _____
_____ Tel.: _____

Data: __/__/_____

Assinatura e carimbo

Reconhecimento de Firma do Médico Responsável

Instruções de Preenchimento da Declaração de Herdeiros:

1. Todos que assinam o documento devem reconhecer firma em cartório
2. Se um dos filhos for falecido após o segurado(a), declará-lo como herdeiro e encaminhar a Certidão de Óbito do mesmo.
3. “Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se, por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago metade ao cônjuge, não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária. Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.”
4. **Situações do segurado (a):**
 - a. Se for casado(a) com filhos, declarar esposo(a) e todos os filhos e encaminhar a certidão de casamento atualizada, após óbito do(a) segurado(a).
 - b. Se tiver companheiro(a) e filhos, declarar companheiro(a) e todos os filhos.
 - c. Se casado(a) e sem filhos, declarar esposo(a) e pais e encaminhar a certidão de casamento atualizada, após óbito do(a) segurado(a).
 - d. Se tiver companheiro(a) e sem filhos, declarar companheiro(a) e pais.
 - e. Se tiver apenas filhos e não tiver esposo(a) ou companheiro(a), declarar somente os filhos.

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Eu, _____ portador (a) do RG nº. _____, CPF _____ residente à _____ na qualidade de _____ (informar grau de parentesco). Declaro para os devidos fins e efeitos e sob pena de responsabilidade civil e criminal que o(a) Sr(a) _____ (segurado) faleceu no estado civil de _____, tendo deixado
 () companheiro(a) ou () cônjuge e/ou () filhos

Sendo os herdeiros, seguindo o disposto no artigo 792 CC, citados abaixo:

Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
1)		
2)		
3)		
4)		
5)		
6)		

Estou ciente das penalidades face o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

Informo ainda que detenho o Pátrio Poder dos filhos menores acima mencionados. E, que por ser expressão de verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, estou ciente de que, caso esta declaração não traduza a verdade, **terei que ressarcir o valor recebido à seguradora** e assumo a responsabilidade pelas informações prestadas junto a Mapfre Seguros, na presença de duas testemunhas.

Atenção: Se o sinistrado for: Solteiro, Viúvo ou Divorciado preencher:

Mantinha convivência pública, contínua, duradoura e estabelecida com o objetivo de constituição de família, nos termos do artigo 1.723 do Código Civil e §3º do artigo 226 da Constituição Federal, sem qualquer tipo de impedimento legal previsto no artigo 1.521 do Código Civil:

() Não () Sim - se possuir, por favor, informe a seguir:

Vivia maritalmente com _____ portador(a) do RG nº. _____ CPF _____ desde _____ até o seu falecimento.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura com firma reconhecida

 1º Testemunha
 Assinatura com firma reconhecida

 2º Testemunha
 Assinatura com firma reconhecida

**OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO COMPLETO
PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO DE LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, CONFORME CIRC SUSEP 445/2012****Anexar a este formulário cópia simples da Carteira de Identidade, CPF ou CNH e comprovante de residência do beneficiário.**

Sinistro	Proposta
Segurado	CPF

BENEFICIÁRIO

Nome completo do beneficiário

RG CPF

Profissão

Endereço Número Complemento

Cidade Estado CEP

Email Telefone (DDD)

Encaminhar o comprovante de residência referente o endereço informado acima.**FAIXA DE RENDA MENSAL DO BENEFICIÁRIO** SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 DE 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 DE R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 DE 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ACIMA DE R\$ 10.001,00

Caso não possua renda, informar patrimônio estimado:

ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)* - Conforme tabela anexa.

PEP - Pessoa Exposta Politicamente, expressão utilizada para se referir àqueles que ocupam ou tenham ocupado, nos últimos 5 anos cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Beneficiário – Pessoa Exposta Politicamente? Não Sim

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

Se após análise do processo de sinistro for concluído que o evento reclamado está coberto pelo contrato de seguro.

AUTORIZO a Companhia de Seguros Aliança do Brasil a efetuar o pagamento da indenização apurada, por meio de crédito na conta bancária abaixo indicada, **de titularidade do(a) beneficiário(a)**. Conta Corrente Conta Poupança

(Incluir dígito verificador da conta, se existir. Verifique cuidadosamente os dados antes de preencher os campos. Evite rasuras.)

NRO. do Banco Nome do Banco

NRO. Da Agência Conta NRO

IMPORTANTE:

- * Conteúdo da circular SUSEP pode ser consultado na íntegra no endereço:
<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>
- * O pagamento da indenização será efetuado somente na conta de titularidade do segurado(a)/beneficiário(a).
- * A exatidão dos dados bancários para crédito do valor da indenização é de inteira responsabilidade do declarante.
- * Dados incompletos ou incorretos impedem os bancos de creditarem o pagamento.
- * O pagamento para menores de idade será efetuado por meio de crédito em conta poupança no nome do menor, indicada pelo representante legal deste.
- * Menores emancipados devem enviar o documento que comprove a emancipação.
- * Não será efetuado crédito em conta salário, conta benefício do INSS, Caixa Fácil ou conta conjunta tendo o beneficiário como 2º titular.
- * Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

DECLARO QUE A ASSINATURA DO PRESENTE TERMO NÃO IMPLICA NO RECONHECIMENTO DE DIREITO À INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA, A QUAL ESTÁ CONDICIONADA A VERIFICAÇÃO DA COBERTURA DO EVENTO E APURAÇÃO DO VALOR DEVIDO PELA COMPANHIA SEGURADORA, DE ACORDO COM AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO.

COM O CREDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO APURADA PELA COMPANHIA SEGURADORA NA CONTA ACIMA INDICADA OU POR MEIO DE ORDEM DE PAGAMENTO, OUTORGO A MAIS AMPLA, RASA, GERAL, IRRESTRITA E IRREVOGAVEL QUITAÇÃO DO VALOR INDENIZADO.

Local / Data

Assinatura do Declarante

Primário: são pessoas que exercem ou exerceram nos últimos 5 anos um dos seguintes cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, assim como seus representantes.

Código	Pessoas Politicamente Expostas Brasileiras	Código	Pessoas Politicamente Expostas Estrangeiras
1	Presidente da República	1	Chefes de Estado e de Governo
2	Vice-Presidente da República	2	Políticos de Alto Nível
	Demais detentores de mandatos eletivos do Poder Executivo e Legislativo da União	3	Altos Servidores dos Poderes Públicos
	Ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União de natureza especial ou equivalente	4	Magistrados ou Militares de Alto Nível
5	Ministro de Estado ou equiparado	5	Dirigentes de Empresa Pública
	Presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquia, fundações públicas ou sociedades de economia mista	6	Dirigentes de Partido Público
	Membros do Grupo de Direção e Assessoramento - DAS, nível 6, e equivalentes		
19	Membros do Conselho Nacional de Justiça		
20	Membros do Supremo Tribunal Federal		
21	Membros dos Tribunais Superiores		
22	Membros do Conselho Nacional do Ministério Público		
23	Procurador Geral da República		
26	Procurador Geral do Trabalho		
27	Procurador Geral da Justiça Militar		
25	Subprocurador Geral da República		
28	Procurador Geral de Justiça dos Estados e do Distrito Federal		
29	Membros do Tribunal de Contas da União		
30	Procurador Geral do Ministério Público do Tribunal de Contas da União		
32	Governadores de Estado e do Distrito Federal		
34	Presidente do Tribunal de Justiça		
35	Presidente da Assembléia Legislativa/Câmara Distrital		
36	Presidente do Tribunal e do Conselho de Contas do Estado/Distrito Federal		
37	Presidente do Tribunal e do Conselho de Contas do Estado, Municípios e do Distrito Federal		
38	Presidente do Conselho de Contas do Estado e do Distrito Federal		
39	Presidente do Conselho de Contas do de Municípios		
40	Prefeito de Capital de Estado		
42	Presidente da Câmara Municipal de Capital de Estado		

Secundário: são pessoas que possuem relacionamento ou ligação com as pessoas enquadradas no item anterior (Primário), observando-se os seguintes parâmetros de relacionamento.

Familiars (para efeito da Circular 445)	Código Relacionamento
Pai e Mãe	00001
Filhos (as)	00002
Cônjuge (esposa ou esposo)	00003
Companheiro (a)	00004
Enteado (a)	00005
Relacionamento Próximo (por definição interna)	Código Relacionamento
Representante ou procurador de PPE Primário	00006
Assessor ou Assistente Parlamentar de PPE Primário	00007
Assessor ou Assistente Técnico de PPE Primário	00008
Assessor ou Assistente Jurídico de PPE Primário	00009
Sócios	00010
Profissional	00011
Comercial	00012