

Despesas Médico Hospitalares e Odontológicas por Acidente

Documentos necessários para acionar o seguro de Despesas Médico Hospitalares e odontológicas por acidente.

DO SEGURADO PRINCIPAL:

- Aviso de Sinistro seguro de acidentes pessoais;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência atualizado; (caso não tenha em seu nome, preencher Declaração de Residência junto do comprovante de residência em nome de terceiro residente no seu endereço;
- Notas fiscais das despesas médicas com discriminação dos procedimentos realizados;
- Comprovação do vínculo com o estipulante (em se tratando de funcionários);
- Contrato Escolar assinado pelo responsável legal do educando, ou este último quando maior e/ou Declaração informando que o educando está regularmente matriculado.

DO BENEFICIÁRIO PESSOA FÍSICA:

- Formulário de Habilitação - Pessoa Física;
- Cópia do RG e CPF;
- Cópia do comprovante de residência atualizado; (caso não tenha em seu nome, preencher Declaração de Residência junto do comprovante de residência em nome de terceiro residente no seu endereço;

DO BENEFICIÁRIO PESSOA JURÍDICA:

- Formulário de Habilitação - Pessoa Jurídica;
- Cópia do RG e CPF do representante da empresa;
- Cópia do contrato social da empresa;
- Cópia do comprovante de residência atualizado; (caso não tenha em seu nome, preencher Declaração de Residência junto do comprovante de residência em nome de terceiro residente no seu endereço;

*** Outros documentos poderão ser solicitados durante o processo.**

*** Deverá ser encaminhado para sinistro@peper24horas.com.br, folhas separadas no mesmo e-mail, ou em mais de um.**

AVISO DE SINISTRO SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS



Matrícula _____ Proposta _____

Nome do segurado acidentado _____ Idade _____

Idade _____ Cor _____ Naturalidade _____ Nacionalidade _____

Profissão _____ RG _____ CPF _____

Endereço _____ Telefone _____

CEP _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____

O acidente ocorreu no dia _____ Localidade de _____ Hora _____

Descreva, com letra legível, como aconteceu o acidente, suas causas e conseqüências

Pessoas que viram o acidente ou que primeiro viram o acidentado depois do acidente

Nome	Endereço
_____	_____
Nome	Endereço
_____	_____

Pessoa que prestou os primeiros socorros

Localidade _____ Dia _____

Data em que o segurado procurou pela primeira vez o atendimento médico após o acidente

Nome do médico que assistiu o segurado

Endereço

Médico assistente do segurado antes do acidente

Endereço

**AVISO DE SINISTRO SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS**

Se houve intervenção de alguma autoridade, cite o nome e qualificação

Localidade

Se o acidentado já sofreu outro acidente, indique em que data e em que condições

Consequências

Recebeu alguma indenização? Indicar a seguradora e o valor

O declarante abaixo assinado é responsável pela verdade destas informações

Local e Data

Assinatura

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível ou de forma. A assinatura do Médico deverá ter a firma reconhecida.

AVISO DE ALTA MÉDICA SEGURO
DE ACIDENTES PESSOAIS

Nome do acidentado _____ Idade _____ Sexo M F

Naturalidade _____ Residência _____

Telefone _____ Bairro _____ Cidade _____ UF _____ CEP _____

Data do acidente _____ Data do 1º Atendimento _____

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática? Em caso negativo, qual a causa?

Diagnósticos definitivos das lesões diretamente produzidas pelo trauma em pauta. Especificar com precisão a sua localização

Lesões preexistentes. Não relacionadas com o trauma em pauta

Tipo de tratamento instituído com respectivas datas

Descrição do(s) ato(s) cirúrgico(s) com respectiva(s) data(s)

Houve complicações intercorrentes? Descreva

Data da internação _____ Data da alta _____ Data da alta definitiva _____

Hospital onde foi prestada a assistência médica

Nome e especialidade do médico assistente

Tipo e período de duração do tratamento fisioterápico

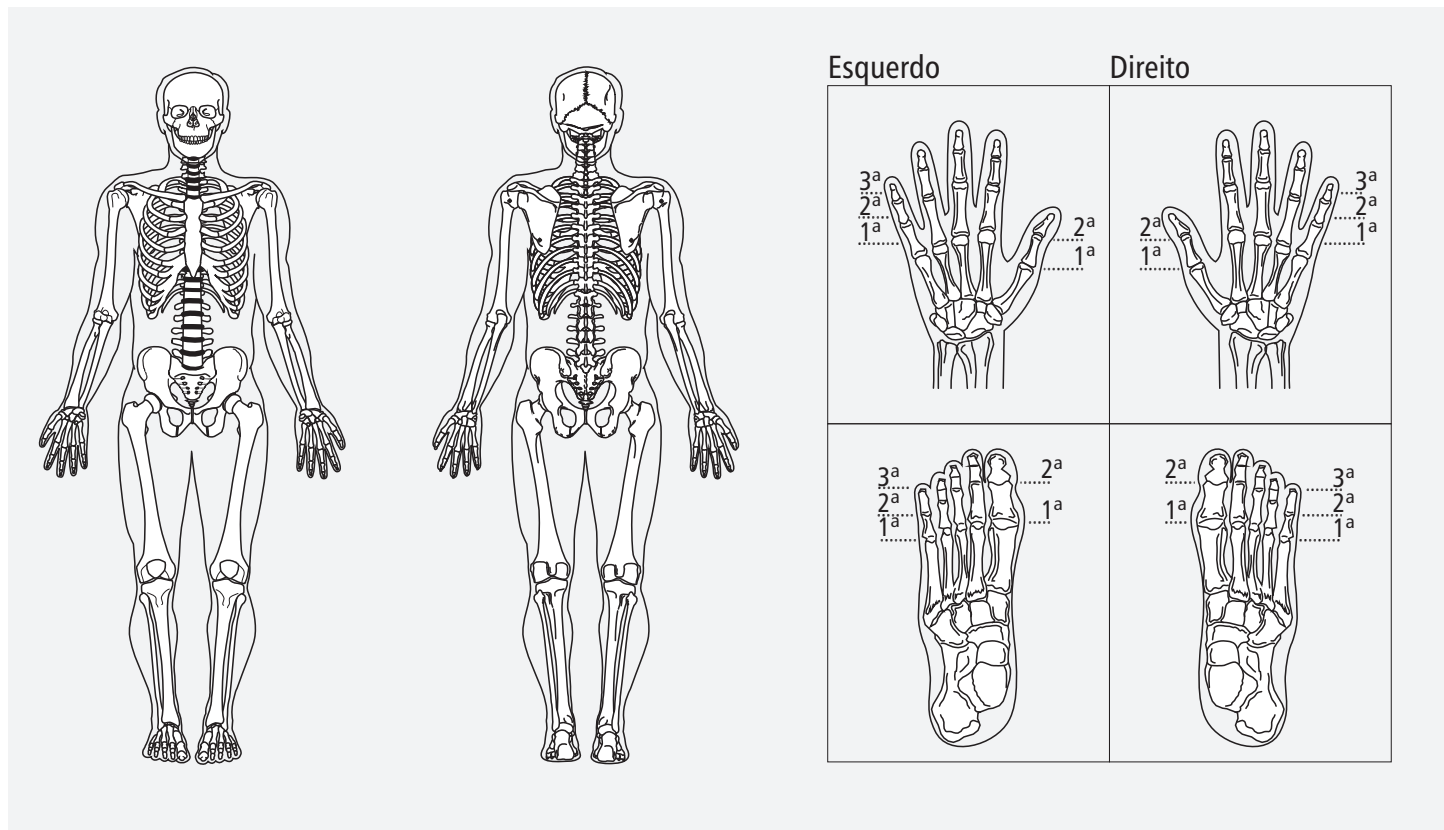
AVISO DE ALTA MÉDICA SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS

Descrição das sequelas de caráter permanente, porventura existentes. Em caso de amputação de mão ou pé, especificar com precisão anatômica a sua localização e indicá-la no gráfico do verso, rubricando o nível assinalado

Grau de incapacidade funcional (mínimo, médio, máximo ou rigidez)

Faça aqui as observações que julgar necessárias

Gráfico para localização das lesões



Nome do médico

CRM

Endereço

Cidade

Local e data

Assinatura com firma reconhecida

Atenção: Favor responder aos quesitos com letra legível ou de forma. A assinatura do Médico deverá ter a firma reconhecida.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,
Portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____,
venho por meio desta declarar que resido no endereço abaixo mencionado, na qualidade de:

() Inquilino () resido com pais ou parentes () outros : _____

Endereço: _____ nº _____
complemento _____ Bairro _____
Cidade _____ UF: _____ CEP _____

Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299.

Assinatura _____
(semelhante ao documento de identificação)

e-mail: _____

Local e data

Nome

Assinatura do Beneficiário

HABILITAÇÃO DE BENEFÍCIOS - PESSOA FÍSICA

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 Fratura Óssea Despesas Médica Hospitalares
 Sobrevivência Invalidez Permanente Total por Doença Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente PCHV
 Incapacidade Física Total e Temporária Perda de Renda por Desemprego Involuntário Doença Terminal _____%
 Cirurgia - Doença - Código TUSS: _____ Nome do Procedimento: _____
 Cirurgia - Acidente - Código TUSS: _____ Nome do Procedimento: _____
 Internação Hospitalar Renda de Aposentadoria Doenças Graves Doença Congênita de Filho 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 estive internado ou em tratamento, bem como laboratórios que tenham realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela MAG Seguros, 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 612/2020 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? <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
E-mail			Deseja receber informações / correspondências por e-mail? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

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

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

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, 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"/> 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"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00		*É pessoa politicamente exposta ¹ ?						
<input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
*Residente no Brasil?		*Você tem obrigações fiscais com outros países?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<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					

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

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

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

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, 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"/> 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"/> de R\$ 1.000,01 até R\$ 5.000,00		*É pessoa politicamente exposta ¹ ?						
<input type="checkbox"/> até R\$ 1.000,00		<input type="checkbox"/> a partir R\$ 5.000,01		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim. Especificar:				
*Residente no Brasil?		*Você tem obrigações fiscais com outros países?								
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<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					

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço abaixo descrito. Declaro ainda estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299)

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

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

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Observações (preenchimento exclusivo da Sucursal):										
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP nº 612/2020, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.

Matrícula _____ Proposta(s) _____

Individual Coletivo

Nome do estipulante _____

*Nome completo do segurado _____

*Dt. 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 Invalidez Permanente Total por Doença Invalidez Total por Acidente
 Morte por Acidente Invalidez Funcional Permanente Total por Doença Outros

Autorização para informações

Autorizo na qualidade de beneficiário do segurado nomeado, 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

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 nº380/2008 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.

*Razão Social ou Denominação do Beneficiário _____

*CNPJ _____

*Av./Rua _____

*Número _____

*Complemento _____

*Bairro _____

*Cidade _____

*Estado _____

*CEP _____

*DDD _____

*Telefone _____

*DDD _____

*Fax _____

*Ramo de Atividade da Empresa _____

*Nome do Representante da Empresa _____

*CPF _____

*Cargo/Função _____

*E-mail _____

*Faturamento Último Exercício _____

*Resultado Último Exercício _____

*Ano Último Exercício _____

Forma de Pagamento

Conta Corrente do Beneficiário Cheque

*Banco _____

*Agência _____

*Conta Corrente _____

*CNPJ do Favorecido _____

¹O Beneficiário concorda em, sempre que solicitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, em decorrência da Circular 380/08, fornecer, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas a contar do recebimento da comunicação da MONGERAL AEGON, os dados, informações, ou cópias dos documentos referentes a existência em sua estrutura organizacional e societária de qualquer pessoa politicamente exposta, além da documentação comprobatória dos dados de seus funcionários, controladores, administradores e procuradores tal como definido na Circular 380/08, sob pena de arcar com as penalidades e despesas que venham a ser impostas à MONGERAL AEGON, em caso de não atendimento à solicitação.

Local e Data _____

Assinatura do Representante Legal do Beneficiário _____

Observações (Preenchimento exclusivo da Sucursal) _____