

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 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? <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				

(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)

*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 exposta <sup>1</sup> ? <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								

(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)

*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 exposta <sup>1</sup> ? <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								

(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)

*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.