HABILITAÇÃO DE BENEFÍCIOS - PESSOA FÍSICA

MAG SEGUROS

DADOS DO SEGURADO

Matrícula	Nº Proposta	☐ Individual ☐ 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 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 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 ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável		Nº de Filhos
*Faixa de Renda ☐ até R$ 1.000,00 ☐ de R$ 1.000,01 até R$ 5.000,00 ☐ a partir R$ 5.000,01			*É pessoa politicamente exposta[1]? ☐ Não ☐ Sim. Especificar:		
*Residente no Brasil? ☐ Sim ☐ Não			*Você tem obrigações fiscais com outros países? ☐ Não ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não		

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço acima 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 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 ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável		Nº de Filhos
*Faixa de Renda ☐ até R$ 1.000,00 ☐ de R$ 1.000,01 até R$ 5.000,00 ☐ a partir R$ 5.000,01			*É pessoa politicamente exposta[1]? ☐ Não ☐ Sim. Especificar:	
*Residente no Brasil? ☐ Sim ☐ Não	*Você tem obrigações fiscais com outros países? ☐ Não ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não	

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço acima 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 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 ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável		Nº de Filhos
*Faixa de Renda ☐ até R$ 1.000,00 ☐ de R$ 1.000,01 até R$ 5.000,00 ☐ a partir R$ 5.000,01			*É pessoa politicamente exposta[1]? ☐ Não ☐ Sim. Especificar:	
*Residente no Brasil? ☐ Sim ☐ Não	*Você tem obrigações fiscais com outros países? ☐ Não ☐ 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? ☐ Sim ☐ Não	

(Declaro sob penas da Lei que resido no endereço acima 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 445/2012, IN SPC 26 e Decreto 8506/2015.