

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 Queimaduras 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 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) MAG Finanças

| | | |
|-------|---------|----------------|
| 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"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado | Nº de Filhos | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> União Estável | | |
| *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 | | | | | | | | | | | | |

(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) MAG Finanças

| | | |
|-------|---------|----------------|
| 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"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado | Nº de Filhos | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Viúvo | <input type="checkbox"/> União Estável | | |
| *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 | | | | | | | | | | | | |

(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) MAG Finanças

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