

Nº da Apólice	Nº do Certificado	Data de Início	Cobertura	Capital Segurado R\$
---------------	-------------------	----------------	-----------	-------------------------

DECLARAÇÃO DO ESTIPULANTE / EMPREGADOR

Declaramos que o nosso associado / empregado Sr (a) _____
de _____ anos de idade, faleceu no dia _____ de _____ de _____.
O falecido trabalhou pela última vez no dia _____ de _____ de _____.
Recebendo salário mensal de R\$ _____.

AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Autorizo, na qualidade de beneficiários (a) do (a) segurado (a), os médicos que o (a) trataram, os hospitais ou clínicas onde esteve internado (a), bem como laboratórios onde tenha realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela Vera Cruz Vida e Previdência, quer sejam através de Declarações ou cópias de exames e prontuários Médicos Hospitalares, estando em conformidade com os Artigos.102 e 112 do Código de Ética Médica.

Local/Data_____
Assinatura do Beneficiário**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

Em Caso de **SINISTRO DE MORTE NATURAL (BÁSICA)** anexar:

- Comunicado de Sinistro com informações médicas (Preenchidos todos os itens)
- Cópia da Certidão de Óbito (autenticada)
- Cópia do RG e CPF do Segurado
- Cópia do Registro de Emprego e Contra Cheque do mês do Óbito (quando se tratar de apólice Coletiva)
- Cópia do RG e CPF do Beneficiário
- Certidão de Casamento (Atualizada pós Óbito)
- Cópia do Comprovante de Residência do Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s)

Em Caso de **SINISTRO DE MORTE ACIDENTAL (IEA)** , além dos documentos acima, anexar:

- Boletim de Ocorrência Policial (Original)
- Cópia da carteira nacional de habilitação (no caso de acidente de transito, sendo o segurado o motorista na ocasião)
- Cópia do laudo do exame necroscópico

PODERÃO SER SOLICITADAS POSTERIORMENTE PEÇAS DO INQUÉRITO POLICIAL

QUANDO O BENEFICIÁRIO FOR MENOR DE 16 ANOS, SOMENTE SERÁ LIBERADO O PAGAMENTO ATRAVÉS DE ALVARÁ JUDICIAL OU DECLARAÇÃO DE PÁTRIO PODER.

