

HABILITAÇÃO DE BENEFÍCIOS - PESSOA JURÍDICA

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 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

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 nº612/2020 e na IN 26/2008. São considera-dos 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

O Beneficiário concorda em, sempre que solicitado pela SUSEP – Superintendência de Seguros Privados, em decorrência da Circular **612/2020**, fornecer, no prazo máximo de 72 (setenta e duas) horas a contar do recebimento da comunicação da MAG Seguros 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 **612/2020**, sob pena de arcar com as penalidades e despesas que venham a ser impostas à MAG Seguros, em caso de não atendimento à solicitação.

Local e Data

Assinatura do Representante Legal do Beneficiário

Observações (Preenchimento exclusivo da Sucursal)

*Campos obrigatórios conforme Circular SUSEP 612/2020 e IN SPC 26. Obrigatório anexar contrato ou estatuto social, com a ata de eleição da diretoria.