

Prezado(a) Senhor(a),

Para a abertura do processo de solicitação do benefício do Plano de Pecúlio por Morte será necessário a apresentação dos documentos relacionados abaixo:

➤ **DOCUMENTOS DO PARTICIPANTE (FALECIDO):**

- Cópia **autenticada** da Certidão de Óbito.
- Cópia simples da documentação pessoal: CNH ou RG e CPF; e comprovante de endereço residencial no nome do Participante.
- Cópia simples dos 3 (três) últimos comprovantes de pagamento da contribuição. *Em caso do plano de pecúlio contratado seja Individual, e o pagamento da contribuição seja feito através de desconto em contracheque.*
- Cópia simples do Boletim de Ocorrência Policial (quando houver registro).
- Prontuários e/ou laudos médicos com o diagnóstico primário da doença que ocasionou a morte **(quando for solicitado)**. Somente em caso onde possui análise de DPS (Declaração Pessoal de Saúde).

➤ **DOCUMENTOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S):**

- FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIO (ANEXO I) devidamente preenchido e assinado igual ao documento de identificação (RG ou CNH) *ou assinatura com reconhecimento de firma.*
- Cópia simples da documentação pessoal: CNH ou RG e CPF; e comprovante de endereço residencial ou, na falta de comprovante em nome do beneficiário, declaração de residência.

Obs.1: São aceitos comprovantes emitidos no nome do próprio beneficiário ou de parentes próximos como pais, filhos, maridos e esposas (com comprovação de parentesco). Se o comprovante estiver em nome de outra pessoa que não seja um dos acima citados, deve ser enviada uma declaração de residência juntamente com o comprovante do respectivo endereço.

- Dados da conta: Cópia simples legível da parte superior do extrato bancário – Só será válido se constar todos os dados para transferência como agência, conta e nome do próprio beneficiário, ou o print do internet banking onde consta os dados da conta.

Obs.1: É necessário que a conta informada possua limite disponível para transferência maior ou igual ao valor do benefício a ser creditado. Não será feito pagamento em contas inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.), contas de Pessoa Jurídica (quando o pagamento for para pessoa física), contas de Cooperativas ou Financeiras/Financiamento.

Obs.2: Se a conta for conjunta, favor informar nome e CPF do titular da conta no formulário (anexo I) e anexar CNH ou RG e CPF do mesmo.

Obs.3: Caso o beneficiário não possua conta e quiser indicar a conta de terceiros, é necessário o envio de uma procuração, assim como a cópia da CNH ou RG e CPF do(a) procurador(a).

• Caso o(a) Participante não tenha declarado seu(s) beneficiário(s), torna-se obrigatória a DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ANEXO II), devidamente preenchida e **assinada com reconhecimento de firma** (esse documento se faz obrigatório o reconhecimento de firma), onde um dos beneficiários deverá informar os dados de todos os herdeiros beneficiários, afirmando desconhecer a existência de outros herdeiros e ficando responsável pela veracidade das informações.

- Caso o(a) Participante seja CASADO e o(a) esposo(a) for beneficiário(a): Cópia simples da Certidão de Casamento **pós-óbito**.

• Caso o(a) Participante vivia em UNIÃO ESTÁVEL e o(a) companheiro(a) for beneficiário(a): Cópia simples da Escritura Pública de União Estável com data atualizada e/ou da Carta de Concessão de Pensão por Morte do INSS.

- Caso algum beneficiário(a) do(a) Participante tenha falecido é necessário à apresentação de uma cópia simples da Certidão de Óbito.

Observação da assinatura nos formulários:

- Para beneficiário(a) menor de 18 anos, somente o seu representante legal poderá assinar pelo mesmo. Também será necessário o envio de uma cópia da CNH ou RG e CPF do(a) representante legal.
- Para o beneficiário que possui curador(a)/tutor(a), deve ser encaminhada cópia da sentença determinante da curatela/tutela definitiva, juntamente com a cópia da CNH ou RG e CPF do curador(a)/tutor(a) nomeado(a).
- Caso o(a) beneficiário(a) se encontre impossibilitado ou não saiba assinar, deverá ser colhida a impressão digital do(a) mesmo(a) e a assinatura de um representante/testemunha (assinatura a rogo). Também deverá ser encaminhada a cópia da CNH ou RG e CPF da testemunha. Lembrando que o documento desse beneficiário(a) deve constar a impossibilidade de assinar ou que não assina.
- Caso o(a) beneficiário(a) tenha nomeado um procurador(a), o mesmo poderá assinar em nome do(a) beneficiário(a), sendo necessário o envio da procuração e a cópia da CNH ou RG e CPF do procurador(a).
- A assinatura deverá ser igual ao documento de identificação (RG ou CNH) que será enviado para análise, ou caso contrário poderá ser solicitado o reconhecimento em cartório, por semelhança ou autenticidade (reconhecimento de firma).

Forma de envio dos documentos para abertura do processo de benefício:

- Os documentos para abertura do processo de benefício podem ser encaminhados em formato digital (legíveis).
- Certifique-se que todos os dados preenchidos estão visíveis e bem definidos no arquivo em que está enviando, e após tirar uma foto ou escanear o documento, dê uma boa olhada e analise se é possível enxergar claramente todas as informações preenchidas.
- Os documentos devem ser enviados em formato PDF e/ou JPEG.
- **Não iremos aceitar documentos que não estejam devidamente legíveis.**
- Em caso de autenticação e reconhecimento de firma deve ser enviado o verso do documento onde consta o selo para verificação.
- *Os documentos originais que foram encaminhados para solicitação do benefício de forma digital, podem ser requisitados a qualquer tempo.*

O prazo para análise do processo de sinistro é de até 30 dias corridos de acordo com a regulamentação SUSEP (órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro no Brasil) a partir do recebimento de toda documentação completa.

Conforme regulamento do plano, caso a documentação apresentada não seja suficiente para conclusão da análise, poderão ser solicitados documentos complementares para comprovação das informações.

Providencie e encaminhe a documentação completa de uma única vez, isso evita atrasos e interrupções no prazo de análise do sinistro.

Atenciosamente,

Departamento de Benefícios

Dados Pessoais do Participante (falecido):

Nome:		Nº CPF:	
Data de Nascimento:		Estado Civil:	Profissão:
Data do falecimento:		Horário:	Local do falecimento:

Causa do falecimento:

<input type="checkbox"/> Morte Natural	<input type="checkbox"/> Morte Acidental
Em caso de morte natural, quando o Participante começou a sentir os primeiros sintomas da doença?	Houve o Registro da Ocorrência (Policial ou Corpo de Bombeiros)?
	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
	Se realizado, informe o nº do Boletim de Ocorrência – (anexar cópia). Nº

Descrever com detalhes e **com suas próprias palavras**, a maneira como ocorreu o falecimento:

Dados Pessoais do Beneficiário:

Nome:		Nº CPF:	Data de Nasc.:		
End. Residencial:		Nº:	Complemento:		
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:		
Faixa de Renda Mensal:	<input type="checkbox"/> Sem renda	<input type="checkbox"/> até R\$ 2.500,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 2.500,01 até R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> de R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00
Profissão:	Grau de Parentesco com o participante:	E-mail:	Telefone:		

Para que seu pagamento seja processado corretamente, observar as orientações abaixo:

- Não serão aceitas contas de terceiros (exceto, se apresentado uma procuração/tutela/curatela), inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.) e contas de Pessoa Jurídica (CNPJ) (quando o pagamento for para pessoa física).

- Para contas da Caixa Econômica Federal, verificar se possui algum limitador de transação bancária. Caso possua, deverá ser regularizado para que o pagamento possa ser feito.

Conta Bancária: Conta do Procurador/Curador/Tutor Conta do Beneficiário

Código ou Nome do Banco:	Nº Agência:	Nº da Conta/Dígito:
--------------------------	-------------	---------------------

Tipo de Conta (Indicar apenas um): Conta Corrente Conta Poupança

<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	Nome do titular:	CPF do titular:
---	------------------	-----------------

Pessoas Politicamente Expostas (preenchimento obrigatório)

O beneficiário é agente público que desempenha ou tenha 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? Sim Não. Em caso positivo esclareça:

--

Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 sancionada em 14 de Agosto de 2018 e vigente desde Setembro de 2020, a AUX garante a proteção dos seus dados pessoais informados e assegura que estes poderão ser utilizados e compartilhados apenas para fins de administração de suas coberturas.

Em caso de assinatura a rogo

--

Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Procurador/Tutor/Curador
Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura

--	--

Assinatura da Testemunha a rogo - Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura
Digital do(a) beneficiário(a)

Dados Pessoais do Beneficiário:

Nome:	Nº CPF:	Data de Nasc.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
End. Residencial:	Nº:	Complemento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faixa de Renda Mensal:	<input type="checkbox"/> Sem renda <input type="checkbox"/> até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 2.500,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00		
Profissão:	Grau de Parentesco com o participante:	E-mail:	Telefone:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para que seu pagamento seja processado corretamente, observar as orientações abaixo:

- Não serão aceitas contas de terceiros (exceto, se apresentado uma procuração/tutela/curatela), inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.) e contas de Pessoa Jurídica (CNPJ) (quando o pagamento for para pessoa física).
- Para contas da Caixa Econômica Federal, verificar se possui algum limitador de transação bancária. Caso possua, deverá ser regularizado para que o pagamento possa ser feito.

Conta Bancária:

-
- Conta do Procurador/Curador/Tutor
-
- Conta do Beneficiário

Código ou Nome do Banco:	Nº Agência:	Nº da Conta/Dígito:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Conta (Indicar apenas um):

-
- Conta Corrente
-
- Conta Poupança

Nome do titular:	CPF do titular:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	<input type="text"/>

Pessoas Politicamente Expostas (preenchimento obrigatório)

O beneficiário é agente público que desempenha ou tenha 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? Sim Não. Em caso positivo esclareça:

Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 sancionada em 14 de Agosto de 2018 e vigente desde Setembro de 2020, a AUX garante a proteção dos seus dados pessoais informados e assegura que estes poderão ser utilizados e compartilhados apenas para fins de administração de suas coberturas.

Em caso de assinatura a rogo

Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Procurador/Tutor/Curador
Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura

Digital do(a) beneficiário(a)

Assinatura da Testemunha a rogo - Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura

Dados Pessoais do Beneficiário:

Nome:	Nº CPF:	Data de Nasc.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
End. Residencial:	Nº:	Complemento:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bairro:	CEP:	Cidade:	Estado:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Faixa de Renda Mensal:	<input type="checkbox"/> Sem renda <input type="checkbox"/> até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 2.500,01 até R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$ 5.000,01 à R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00		
Profissão:	Grau de Parentesco com o participante:	E-mail:	Telefone:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Para que seu pagamento seja processado corretamente, observar as orientações abaixo:

- Não serão aceitas contas de terceiros (exceto, se apresentado uma procuração/tutela/curatela), inativas, conta-salário, conta-benefício do INSS, conta em bancos de investimento, bloqueadas (pelo usuário, bloqueio judicial etc.) e contas de Pessoa Jurídica (CNPJ) (quando o pagamento for para pessoa física).
- Para contas da Caixa Econômica Federal, verificar se possui algum limitador de transação bancária. Caso possua, deverá ser regularizado para que o pagamento possa ser feito.

Conta Bancária:

-
- Conta do Procurador/Curador/Tutor
-
- Conta do Beneficiário

Código ou Nome do Banco:	Nº Agência:	Nº da Conta/Dígito:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de Conta (Indicar apenas um):

-
- Conta Corrente
-
- Conta Poupança

Nome do titular:	CPF do titular:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Individual <input type="checkbox"/> Conjunta	<input type="text"/>

Pessoas Politicamente Expostas (preenchimento obrigatório)

O beneficiário é agente público que desempenha ou tenha 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? Sim Não. Em caso positivo esclareça:

Em atendimento a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) nº 13.709 sancionada em 14 de Agosto de 2018 e vigente desde Setembro de 2020, a AUX garante a proteção dos seus dados pessoais informados e assegura que estes poderão ser utilizados e compartilhados apenas para fins de administração de suas coberturas.

Em caso de assinatura a rogo

Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Procurador/Tutor/Curador
Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura

Digital do(a) beneficiário(a)

Assinatura da Testemunha a rogo - Assinar igual ao documento de identificação ou Reconhecer firma da assinatura

Dados do(a) Participante (falecido):

Nome:	Nº CPF:	Data do óbito:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)/Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)	Filhos(as): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Quantos? <input type="text"/>
Deixou cônjuge/companheiro(a): <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Desde: <input type="text"/>	Nome do cônjuge/companheiro(a): <input type="text"/>

Dados dos Herdeiros Legais do Participante:

Herdeiro 1	Nome:	Data de nascimento:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 2	Nº CPF:	Grau de parentesco:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 3	Nome:	Data de nascimento:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 4	Nº CPF:	Grau de parentesco:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 5	Nome:	Data de nascimento:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 6	Nº CPF:	Grau de parentesco:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 7	Nome:	Data de nascimento:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Herdeiro 8	Nº CPF:	Grau de parentesco:
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Observações:

Havendo mais de 8 (oito) herdeiros, utilizar outra cópia desse formulário.

Este documento deve ser preenchido caso o participante não tenha nomeado na proposta de adesão os beneficiários para o recebimento do benefício, ou seja, caso o benefício seja devido aos seus **Herdeiros Legais**.

No documento deve ser informado o nome de todos os beneficiários do participante, que possuem o direito de receber o benefício, sendo que apenas um beneficiário deve assinar assumindo a veracidade das informações.

A inveracidade dos dados contidos no presente requerimento, além de obrigar a devolução de importâncias indevidamente recebidas, quando for o caso, sujeitará o responsável legal ou procurador(a) às penalidades previstas nos Artigos 171 e 299 do Código Penal. A Auxiliadora Previdência realizará o pagamento de acordo com as informações prestadas nessa declaração, ficando isenta da responsabilidade em efetuar pagamento(s) devido a omissão de informação.

Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Procurador/Tutor/Curador
Reconhecer firma da assinatura *Obrigatório

Em caso de assinatura a rogo

Digital do(a) beneficiário(a)

Assinatura da Testemunha a rogo
Reconhecer firma da assinatura *Obrigatório

Preencha se for necessário**Dados dos Herdeiros Legais do Participante:**

Herdeiro 9	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 10	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 11	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 12	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 13	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 14	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 15	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 16	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 17	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:
Herdeiro 18	Nome:	Data de nascimento:
	Nº CPF:	Grau de parentesco:

Observações:

Os dados acima se refere a continuação da primeira parte da Declaração de Únicos herdeiros- Havendo mais de 8 (oito) herdeiros.

Este documento deve ser preenchido caso o participante não tenha nomeado na proposta de adesão os beneficiários para o recebimento do benefício, ou seja, caso o benefício seja devido aos seus **Herdeiros Legais**.

No documento deve ser informado o nome de todos os beneficiários do participante, que possuem o direito de receber o benefício, sendo que apenas um beneficiário deve assinar assumindo a veracidade das informações seguindo os termos de assinatura descritos acima.

A inveracidade dos dados contidos no presente requerimento, além de obrigar a devolução de importâncias indevidamente recebidas, quando for o caso, sujeitará o responsável legal ou procurador(a) às penalidades previstas nos Artigos 171 e 299 do Código Penal. A Auxiliadora Previdência realizará o pagamento de acordo com as informações prestadas nessa declaração, ficando isenta da responsabilidade em efetuar pagamento(s) devido a omissão a informação.

Em caso de assinatura a rogo

Assinatura do(a) Beneficiário(a) ou Procurador/Tutor/Curador
Reconhecer firma da assinatura *Obrigatório

Digital do(a) beneficiário(a)

Assinatura da Testemunha a rogo
Reconhecer firma da assinatura *Obrigatório