

DOCUMENTOS ADICIONAIS PARA COBERTURA DE MORTE ACIDENTAL

Além dos documentos constantes da Relação Básica, faz-se necessário:

- Cópia da Certidão de Óbito
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial
- Cópia do Laudo de Necropsia
- Documentos dos beneficiários do seguro:
 - a)** Declaração de únicos herdeiros (Anexo I a este documento), com firma reconhecida
 - b)** RG e CPF ou CNH dos herdeiros (se menor, enviar documentos do responsável legal)
 - c)** Comprovante de dados bancários do(s) beneficiário(s) (ver instruções nos documentos básicos)
 - d)** Comprovante de residência do(s) beneficiário(s) (ver instruções nos documentos básicos)

Além dos documentos acima informados, enviar em caso de:

1) Se acidente automobilístico:

- Cópia da CNH do Condutor do veículo
- Cópia do Laudo de Dosagem Alcoólica
- Laudo da Polícia Técnica do Local do Acidente
- Laudo Toxicológico

2) Se Homicídio:

- Peças do inquérito policial
- Termo de oitiva (declaração prestada pela testemunha)

**Poderão ser solicitados outros documentos no decorrer do processo*

Anexo I - Declaração de Herdeiro



ace seguros

DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Eu _____ R.G.: _____,
(Cônjuge e/ou Pais, nome completo, estado civil, nacionalidade)

CPF: _____, residente: _____
(Endereço Completo)

, declaro para os devidos fins e sob pena de responsabilidade civil e criminal que o(a) segurado(a) : _____
(Nome completo do

segurado), faleceu em ____/____/____, no estado civil de _____ mantendo união e/ou casado

com _____ no período de ____/____/____ à ____/____/____ e deixando como únicos
(Nome completo)

herdeiros, os filhos abaixo:

Filho 1 _____ RG.: _____ CPF.: _____
(Nome completo)

Filho 2 _____ RG.: _____ CPF.: _____
(Nome completo)

Filho 3 _____ RG.: _____ CPF.: _____
(Nome completo)

Filho 4 _____ RG.: _____ CPF.: _____
(Nome completo)

Filho 5 _____ RG.: _____ CPF.: _____
(Nome completo)

(____) Não deixa filhos (independente do casamento / relacionamento)

Por ser expressão da verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, assumem a responsabilidade pelas informações prestadas como encargo de responderem perante aos outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto a ACE Seguradora S.A. Estou ciente das penalidades face o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

Local e Data,

Assinatura do declarante (com firma reconhecida)

Testemunha 1
Nome:
CPF.:
(com firma reconhecida)

Testemunha 2
Nome:
CPF.:
(com firma reconhecida)

Anexo II - Fluxograma de beneficiário

Beneficiários - art. 792 e art. 1.829 do Código Civil

