

SEGURO DE VIDA
AVISO DE SINISTRO
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



Obrigatório o preenchimento completo.
Parte integrante do processo de liquidação de sinistro – conforme Circular SUSEP 612/2020

Nome completo do(a) Segurado(a)	CPF
Nome completo do(a) Sinistrado(a)	CPF

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome completo do(a) beneficiário(a)	CPF		
Endereço			
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail	Telefone ()		

FAIXA DE RENDA MENSAL DO BENEFICIÁRIO

- ☐ SEM RENDA ☐ até R\$ 1.000 ☐ de R\$ 1.001 até R\$ 3.000
☐ de R\$ 3.001 até 5.000 ☐ de R\$ 5.001 até R\$ 10.000 ☐ acima de R\$ 10.001
Caso não possua renda, informar patrimônio estimado: R\$ _____

ENQUADRAMENTO COMO PESSOAL EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP*)

Beneficiário – É Pessoa Exposta Politicamente? ☐ NÃO ☐ SIM

* PEP - Pessoa Exposta Politicamente, expressão utilizada para se referir aos agentes públicos que ocupam ou tenham ocupado, nos últimos 5 anos cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

SEGURO

☐ POUPEX Vida	☐ FAM FAMÍLIA	☐ FAM	☐ CABOS e SOLDADOS / CPOR/NPOR
☐ Alunos de Escolas de Formação	☐ Alunos de Colégio Militar	☐ Menores – Programas das Forças Armadas	

COBERTURAS

☐ Morte ☐ Morte Acidental ☐ Morte do Cônjuge ☐ Morte de Filho ☐ DC - Diagnóstico de Câncer ☐ DG - Doenças Graves	☐ IFPD - Invalidez Funcional Permanente Total por Doença ☐ IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente ☐ IPTA - Invalidez Permanente Total por Acidente ☐ AIFT-DA - Antecipação da Indenização em Fase Terminal por Doença ou Acidente
---	--

Teleatendimento ao Cliente: 0800 061 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Fundação Habitacional do Exército (FHE)

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902 - Brasília/DF

SEGURO DE VIDA
AVISO DE SINISTRO
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



FORMA DE PAGAMENTO – assinale uma das opções abaixo

☐ Poupança POUPEX – Banco do Brasil (001) Agência: _____ Conta: 96 _____

- Para coberturas em que o beneficiário for titular do seguro, comunicamos que o crédito será realizado, impreterivelmente, em Conta de Poupança POUPEX do segurado.
- Para assegurar uma liberação rápida, prática e segura do pagamento da indenização e ter rendimento garantido, sugerimos indicar o crédito do valor em Conta de Poupança POUPEX.

☐ Crédito em Outros Bancos

Tipo de conta: ☐ Conta Corrente ☐ Poupança (demais bancos)

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

IMPORTANTE

- O pagamento da indenização/reembolso será efetuado exclusivamente na conta indicada acima, sendo obrigatoriamente de titularidade do próprio beneficiário.
- Para contas conjuntas, o(a) beneficiário(a) deve ser o 1º titular. Se a conta conjunta incluir o falecido, isso poderá resultar no bloqueio dos valores recebidos e na inclusão da indenização no inventário.
- A indicação da Conta de Poupança POUPEX para crédito da indenização, garante maior agilidade e segurança.
- Não será efetuado crédito em conta salário, conta benefício do INSS, Banco Postal ou conta conjunta tendo o beneficiário como 2º titular.
- A exatidão dos dados bancários para crédito do valor da indenização é de inteira responsabilidade do declarante.
- Dados incompletos ou incorretos implicarão a não realização do pagamento.
- Menores emancipados devem enviar o documento que comprove a emancipação.
- O conteúdo da circular SUSEP pode ser consultado na íntegra no endereço:
<https://www2.susep.gov.br/safe/scripts/bnweb/bnmapi.exe?router=upload/23469>

DECLARAÇÃO

DECLARO que a assinatura do presente formulário não implica no reconhecimento do direito à Indenização Securitária, a qual está condicionada à verificação da cobertura do evento e apuração do valor devido pela companhia seguradora, de acordo com as Condições Contratuais do seguro. Com o crédito do valor da indenização apurada pela companhia seguradora na conta acima indicada, outorgo a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação do valor indenizado.

Local e data

Assinatura do(a) Beneficiário(a)