

PARA DECLARAR NO SEGURO COLETIVO, O SEGURADO DEVERÁ ESTAR DE ACORDO COM O DECRETO Nº 45.514/10 DESCRITO NO VERSO.

Protocolo:	Matrícula:	MASP:
	Órgão de Lotação:	

Eu, _____, venho por meio desta, declarar que, na ocorrência de minha morte, o(s) beneficiário(s) do SEGURO COLETIVO supracitado será(ão):

1. Nome: _____ Matrícula: _____

Filiação: _____

2. Nome: _____ Matrícula: _____

Filiação: _____

3. Nome: _____ Matrícula: _____

Filiação: _____

4. Nome: _____ Matrícula: _____

Filiação: _____

5. Nome: _____ Matrícula: _____

Filiação: _____

ESCLARECIMENTOS INDISPENSÁVEIS ÀS DECLARAÇÕES RELATIVAS AO SEGURO COLETIVO

Estado civil do Servidor:	Possui ascendentes? (Pai, Mãe, Avós) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Possui descendentes? (Filhos) <input type="checkbox"/> Sim. Quantos? _____ <input type="checkbox"/> Não
Endereço do Segurado:		Nº _____ Apto: _____
Bairro:	Cidade:	UF: _____
CEP:	Telefone Residencial com DDD: () _____	Telefone Celular com DDD: () _____
E-mail: _____		

FICA REVOGADA QUALQUER DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS FEITA, ANTERIORMENTE, POR MIM.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura ou impressão digital do Segurado

Obs.: As assinaturas das testemunhas são obrigatórias quando o segurado for analfabeto ou não assinar, ou ainda, quando a documentação não for entregue pessoalmente.

Testemunha _____
CPF

Testemunha _____
CPF

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO IPSEMG

O(a) segurado(a) compareceu pessoalmente.

___ / ___ / _____

Assinatura e Carimbo do Servidor

DECRETO Nº 45.514 DE 07 DE DEZEMBRO DE 2010.

DAS DECLARAÇÕES DE BENEFICIÁRIOS

Art. 7º A designação de beneficiário será feito pelo segurado mediante de preenchimento de declaração junto a uma das unidades do IPSEMG, na capital ou no interior.

§ 1º A declaração deverá ser assinada pelo segurado na presença de servidor do IPSEMG, que deverá conferi-la e assiná-la, conforme modelo definido pelo IPSEMG.

Art. 8º O Segurado poderá, a qualquer tempo, substituir os beneficiários mediante o preenchimento da declaração de beneficiários, conforme modelo estabelecido pelo IPSEMG.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

* É obrigatório o preenchimento de todos os campos.

* Apresentar cópia do documento de identidade, CPF e comprovante de residência do segurado, autenticado em cartório ou apresentar o original juntamente com cópia na agência.

* Apresentar cópia do documento de identidade ou certidão de nascimento e CPF dos beneficiários. (Se tiver)

* Caso não haja Centro ou Agência Regional do IPSEMG na cidade do Segurado, os documentos podem ser enviados pelos correios, neste caso eles devem ser autenticados e as assinaturas devem ter a firma reconhecida presencialmente em cartório.

USO EXCLUSIVO DO IPSEMG

Considerando a regulamentação em vigor somos pelo:

Deferimento, considerando que está de acordo com o artigo 7º do Decreto 45.514 de 2010.

Obs.: _____

Indeferimento, considerando que não está de acordo com o artigo 6º Decreto 45.514 de 2010.

Obs.: _____

__ / __ / ____

_____ Assinatura / Carimbo / MASP do Servidor

Defiro a Declaração de Benefícios de fls. ____ conforme legislação acima citada.

Indefero a Declaração de Beneficiários de fls. ____ conforme legislação acima citada.

__ / __ / ____

_____ Assinatura / Carimbo / MASP do(a) Coordenador(a)