

PESQUISA DE INFORMAÇÃO SOBRE SEGURO, PLANO DE PREVIDÊNCIA PRIVADA E TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO

A **Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização - CNSeg**, entidade associativa que congrega as Federações que representam as empresas integrantes dos segmentos de seguros, resseguros, previdência privada e vida, saúde suplementar e capitalização, informa que esta Confederação não detém qualquer informação sobre a contratação de seguros, plano de previdência privada e título de capitalização. Entretanto é possível ser realizada **pesquisa junto às empresas associadas. Para tal é necessário:**

1- Requisição preenchida e assinada, com a justificativa para a realização da pesquisa de seguro.

2- **Cópia** dos seguintes documentos:

- Certidão de óbito;
- CPF e Carteira de Identidade da pessoa falecida;
- CPF e Carteira de Identidade do solicitante da pesquisa;
- Comprovante de residência **em nome do solicitante**;
- Documento que comprove o parentesco com a pessoa falecida;
- Documento que comprove a existência de união estável com a pessoa falecida ou **duas declarações assinadas, com firma reconhecida em Cartório**, por pessoas que possam confirmar a existência da união estável, caso a solicitação seja feita pelo(a) companheiro(a);

Caso a solicitação seja feita por intermédio de advogado é necessário apresentar Procuração do interessado, com firma reconhecida em Cartório, que contenha poderes específicos para a pesquisa de seguro.

A requisição preenchida e a documentação acima deverão ser encaminhadas aos cuidados da Superintendência Jurídica da CNSeg, para o seguinte endereço ou e-mail:

**Rua Senador Dantas, nº 74, 12º andar – Centro
CEP: 20031-205 - Rio de Janeiro (RJ)**

sjur@cnseg.org.br

**REQUISIÇÃO DE INFORMAÇÃO SOBRE SEGURO, PLANO DE PREVIDÊNCIA
PRIVADA E TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO**

I - INFORMAÇÕES DO PESQUISADO:

NOME: _____

ESTADO CIVIL: _____

Nº IDENTIDADE: _____

Nº CPF: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____

DATA DO ÓBITO (EM CASO DE PESSOA FALECIDA): _____

FILIAÇÃO: _____

II - INFORMAÇÕES DO REQUERENTE:

NOME: _____

ESTADO CIVIL: _____

Nº IDENTIDADE: _____

Nº CPF: _____

GRAU DE PARENTESCO COM O PESQUISADO: _____

ENDEREÇO COMPLETO COM CEP: _____

TELEFONE(S): _____

E-MAIL: _____

III – JUSTIFICATIVA PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE SEGURO:

_____, _____ de _____ 20____.

(ASSINATURA DO REQUERENTE)