

## 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 do setor. 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 da Carteira de Identidade da pessoa falecida ou do pesquisado;
- CPF e da Carteira de Identidade do solicitante da pesquisa;
- Comprovante de residência **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 de 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 encaminhados 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](mailto: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 REALIZAÇÃO DA PESQUISA DE SEGURO**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(ASSINATURA DO REQUERENTE)