

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com os dados bancários do(a) beneficiário(a), nunca com dados de terceiros, ainda que sejam procuradores

Eu, _____ inscrito no CPF/CNPJ nº _____, na qualidade de beneficiário(a) do valor referente à indenização de sinistro de _____, AUTORIZO desde já a **Previsul Seguradora** a efetuar o pagamento da indenização, na forma abaixo indicada, desde que a mesma seja deferida.

() Conta corrente () Conta poupança

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Declaro que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade e que a conta acima informada é de minha titularidade.

Uma vez efetuado o pagamento da indenização do sinistro, de acordo com as informações acima descritas e conforme disposto nas Condições Gerais do Seguro, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

Fone para contato: () _____

E-mail: _____

Local: _____ Data: ____/____/____

Autorizo o envio de informações sobre o pagamento do sinistro via: () SMS () e-mail () ambos

Assinatura do(a) Beneficiário(a) _____

OBS: reconhecer firma em cartório

****RECOMENDA-SE ANEXAR CÓPIA DOS DADOS BANCÁRIOS (CARTÃO E/OU EXTRATO) PARA CONFERÊNCIA**

ATENÇÃO: Para evitar reprogramação do pagamento as seguintes contas não devem, de forma nenhuma, serem indicadas:

- Conta de pessoa jurídica;
- Conta salário e/ou benefício;
- Conta conjunta quando o beneficiário não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: ver limite de movimentação mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta Poupança: Operação 013 da CEF aberta em Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta Bloqueada ou Inativa
- Conta de Cooperativa de Crédito

RUA GENERAL CÂMARA, 230 • CEP 90010-230 • PORTO ALEGRE/RS • 0800 7098059 • (51) 2117.7111 • PREVISUL.COM.BR