

FOP 001

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 _____ residente no endereço: _____, nº _____, complemento _____, no bairro _____, na cidade de _____ CEP: _____, UF _____, 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