

Autorização de Pagamento de Indenização Pessoa Física

Para situações em que há mais de um beneficiário indicado, cada um deverá preencher este formulário.

Dados do Segurado

Nome do Segurado	<input type="text"/>
Nome Estipulante / Empresa (se seguro coletivo)	Nº da Apólice / Certificado

Dados do Beneficiário

Nome do Beneficiário	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nº CPF	<input type="text"/>
Endereço Residencial	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CEP	Cidade UF	<input type="text"/>	País	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefone ()	Celular ()	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Situação Patrimonial e Financeira do Beneficiário

Profissão/Cargo	<input type="text"/>	País de Nascimento	<input type="text"/>
Patrimônio Estimado R\$ _____ ou faixa de renda mensal individual:			
<input type="checkbox"/> até R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$3.000,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$5.000,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> de R\$10.000,01 a R\$ 20.000,00 <input type="checkbox"/> acima de R\$20.000,01 <input type="checkbox"/> não desejo informar			

Dados Bancários do Beneficiário

<input type="checkbox"/> conta corrente		<input type="checkbox"/> conta poupança	
Nome Banco:	Nº Banco:	Nº agência com dígito:	Nº conta com dígito:

Declaração de Pessoa Politicamente Exposta

O segurado é agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes (*), assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo? Sim Não. Em caso positivo, esclareça

Se Pessoa Politicamente Exposta fornecer, também: cópia do RG/CPF; Cópia do Comprovante de Residência e Cópia do Comprovante de Renda Mensal.

(*) São consideradas Funções Públicas Relevantes: Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União; membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Importante

- » A solicitação deste formulário, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenização » O pagamento da indenização nunca será realizado em contas de terceiros, ainda que representante legal ou tutor.
- » Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante.
- » O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente na conta de sua titularidade.
- » Não será feito pagamento por crédito em contas salário, contas benefício, contas de Pessoa Jurídica, contas de Cooperativas ou Financeiras.

Data	Assinatura
------	------------