

DADOS DO SINISTRO SOLICITANTE DO SEGURO		NOME DO SEGURADO			
SEGURADO SINISTRADO		DATA DO SINISTRO	APÓLICE Nº	CERTIFICADO	
DADOS PESSOAIS DO SIGNATÁRIO					
RECEBIDO POR :					
<input type="checkbox"/> SEGURADO		<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO		<input type="checkbox"/> ASSISTIDO	
		<input type="checkbox"/> AUTORIZAÇÃO JUDICIAL		<input type="checkbox"/> TUTELADO/CURATELADO	
NOME COMPLETO(SEM ABREVIações)			CPF /CNPJ		RG/INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO(RUA.Av.)			Nº		BAIRRO
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE(DDD Nº)		E-MAIL

Autorizo a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência creditar o valor da indenização do seguro em questão, em conta corrente de minha titularidade, devidamente corrigido nos termos do que estabelecem as Condições Gerais do Contrato de Seguro, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumidos integralmente a responsabilidade perante a essa Seguradora e/ou terceiros, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas quanto a esses dados.

Obrigo-me, ainda, a comunicar, imediatamente, de forma escrita, a essa Seguradora, qualquer alteração cadastral na referida conta corrente, que enseje o não cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora

Assim, dou a MAPFRE VERA CRUZ Vida e Previdência a mais ampla, geral, rasa e irrevogável quitação, para nada mais reclamar em juízo ou fora dele, referente à importância da indenização do seguro em questão, efetivamente creditada em minha conta corrente.

Estou ciente que o preenchimento deste formulário não implica na obrigação do pagamento da indenização securitária, que ocorrerá, apenas, após a conclusão da regulação do processo de sinistro quando **confirmada a validade da** cobertura securitária para o evento ocorrido.

CONTA BANCÁRIA					
CÓDIGO BANCO	CÓD AGÊNCIA	DIG	TIPO DA CONTA		
			CONTA CORRENTE		
NÚMERO DA CONTA		DIG	<input type="checkbox"/> INDIVIDUAL <input type="checkbox"/> CONJUNTA (somente para 1º TITULAR)		
					CPF DO TITULAR SEGURADO

LOCAL E DATA _____

 ASSINATURA