

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO SEGURO DE PESSOAS E/OU PREVIDÊNCIA PRIVADA

Nome do Cliente (Participante, Segurado, Sinistrado): _____

CPF do Cliente (Participante, Segurado, Sinistrado) _____

Nº da Apólice/ Proposta: _____ N.º Certificado/Matrícula _____

Solicito que o pagamento da indenização seja efetuado da seguinte forma:

- Crédito em Conta Corrente
 - Crédito em Conta Poupança
 - CRO – Crédito Contra Recibo on line (Banco do Brasil)

Eu _____, RG _____,
domiciliado em _____, Estado
_____, telefone (_____) _____, inscrito no CPF sob nº
_____, autorizo a empresa **Sul América Seguros de Vida e Previdência**, efetuar o pagamento conforme
os dados bancários a seguir relacionados:

Banco _____ **nº** _____

Agência _____ **nº** _____

Conta nº _____ **(digito: _____)**

(Atenção: Em caso de conta conjunta, solicitamos informar o nome do titular e nº de CPF do mesmo).

Declaro que estou ciente da obrigatoriedade de comunicar à SulAmérica qualquer fato que possa impedir o pagamento por crédito na conta indicada.

O registro da transação eletrônica do Banco valerá, para todos os fins e efeitos, como quitação do sinistro reclamado.

Local e Data

Assinatura do Participante/Segurado(a) e/ou Beneficiário(a)

Assinatura do Representante Legal

Informações Importantes:

Este formulário deverá ser totalmente preenchido e as assinaturas deverão ser reconhecidas por autenticidade. Caso o favorecido seja menor de 16 anos, poderá ser representado por seu genitor ou responsável legal. Se tiver idade entre 16 e 18 anos, poderá assinar este termo em conjunto com o mesmo.