



5.2.1 Nome				5.2.2 CPF		5.2.3 RG	
5.2.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.2.5 DDD	5.2.6 Telefone	5.2.7 DDD	5.2.8 Telefone p/ Recados	5.2.9 E-mail	
5.2.10 Endereço Residencial					5.2.11 Nº	5.2.12 Complemento	
5.2.13 Bairro			5.2.14 Cidade			5.2.15 UF	5.2.16 CEP
5.2.17 Nome Banco	5.2.18 Nº Banco	5.2.19 Nome Agência	5.2.20 Nº Agência	5.2.21 Dígito	5.2.22 Nº C. Corrente	5.2.23 Dígito	

5.3.1 Nome				5.3.2 CPF		5.3.3 RG	
5.3.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.3.5 DDD	5.3.6 Telefone	5.3.7 DDD	5.3.8 Telefone p/ Recados	5.3.9 E-mail	
5.3.10 Endereço Residencial					5.3.11 Nº	5.3.12 Complemento	
5.3.13 Bairro			5.3.14 Cidade			5.3.15 UF	5.3.16 CEP
5.3.17 Nome Banco	5.3.18 Nº Banco	5.3.19 Nome Agência	5.3.20 Nº Agência	5.3.21 Dígito	5.3.22 Nº C. Corrente	5.3.23 Dígito	

5.4.1 Nome				5.4.2 CPF		5.4.3 RG	
5.4.4 Grau Parentesco c/o Segurado		5.4.5 DDD	5.4.6 Telefone	5.4.7 DDD	5.4.8 Telefone p/ Recados	5.4.9 E-mail	
5.4.10 Endereço Residencial					5.4.11 Nº	5.4.12 Complemento	
5.4.13 Bairro			5.4.14 Cidade			5.4.15 UF	5.4.16 CEP
5.4.17 Nome Banco	5.4.18 Nº Banco	5.4.19 Nome Agência	5.4.20 Nº Agência	5.4.21 Dígito	5.4.22 Nº C. Corrente	5.4.23 Dígito	

**Estou ciente que:**

- as informações prestadas acima são de minha total responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura do evento, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.
- havendo outros beneficiários, o crédito autorizado corresponderá somente à minha participação no recebimento.
- a Tokio Marine Seguradora não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro em dados informados pelo emitente.

**Observações:**

A conta corrente informada acima deve obrigatoriamente pertencer ao beneficiário do crédito.  
 Afirmando serem verdadeiras todas as informações contidas neste formulário e estou ciente do teor das condições gerais do seguro.

Local	Data ____/____/____	Assinatura do Reclamante	Assinatura do Segurado Beneficiário
-------	------------------------	--------------------------	-------------------------------------

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_, portador de CI/RG nº \_\_\_\_\_, Órgão Expedidor/UF \_\_\_\_\_ e inscrito no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na (Rua/Av.) \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Complemento \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_ do segurado, Sr.(a) \_\_\_\_\_ (contrato nº \_\_\_\_\_), autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, à Tokio Marine Seguradora, ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e atendimentos, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico-previdenciária (INSS), referentes a \_\_\_\_\_, (data de nascimento \_\_\_\_\_). AUTORIZO, ainda, que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado da Tokio Marine Seguradora, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização nesta data.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

**Obs.: Esta assinatura deverá ser reconhecida em cartório "obrigatoriamente"**