

# AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO E INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO BENEFICIÁRIO PESSOA JURÍDICA

Subestipulante: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

Segurado Titular: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

## Dados do Beneficiário / Favorecido

Razão Social: \_\_\_\_\_

CNPJ / CEI: \_\_\_\_\_ Telefone: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Na condição de beneficiário do seguro, autorizo receber informações sobre o andamento do processo de sinistro nos contatos acima fornecidos e solicito o pagamento da indenização do seguro conforme opção selecionada abaixo:

### Depósito Bancário

Banco: \_\_\_\_\_ Nº do Banco: \_\_\_\_\_ Conta Corrente Conta Poupança

Agência: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (c/ dígito) Conta: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (c/ dígito)

### Ordem de Pagamento\* - Opção somente para beneficiário que não possui conta bancária de titularidade própria

\* No caso da opção de Ordem de Pagamento, o pagamento será disponibilizado em nome do beneficiário em qualquer agência do banco Santander mediante identificação.

**IMPORTANTE:** Não serão disponibilizadas outras formas de pagamento além das indicadas acima.

## DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

O beneficiário 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 deverá preencher formulário específico e fornecer, também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.

(\*) 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.

## OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Deve ser preenchida uma Autorização para Pagamento de Indenização para cada beneficiário.**
- A solicitação deste formulário pela seguradora, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenizar, e está condicionada à análise e cobertura securitária.
- O pagamento da indenização será feito somente em conta de titularidade própria do beneficiário favorecido. Não informar conta benefício do INSS, conta fácil e conta conjunta onde o favorecido não é o titular, pois o crédito não será aceito pelo banco.
- Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, neste caso não se responsabilizando a seguradora e o estipulante pela não efetivação do pagamento.
- Os dados cadastrais são obrigatoriamente requeridos pelo órgão regulador, SUSEP - Superintendência de Seguros Privados. É obrigatória a apresentação das cópias do RG, CPF e do comprovante de residência atualizado junto com a documentação necessária para análise de sinistro.

---

Local e data

Assinatura do Representante Legal

Obrigatório informar:

Nome do Representante legal signatário: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_