

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

Nome do segurado sinistrado _____

Eu, _____,
CPF. _____, domiciliado (endereço completo) _____

telefone (____) _____ na qualidade de beneficiário/favorecido do sinistro em referência, autorizo a Sul América Seguros de Pessoas e Previdência S/A. a liberar o pagamento da indenização que me é devida, através de:

Tipo da conta bancária:

Conta CORRENTE Conta POUPANÇA

Nome do banco	Código da agência	Dígito	Nº da conta	Dígito

Em caso de conta conjunta, informar:

Nome do titular da conta	CPF

Atenção: não será efetuado crédito em conta de Pessoa Jurídica, Terceiros, Conta Benefício/INSS e Conta Salário; anexar cópia do comprovante da conta bancária (cartão magnético, folha de cheque ou extrato bancário).

Recibo online no Banco Santander

Declaro que estou ciente da obrigatoriedade de comunicar imediatamente 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.

_____, ____ de _____ de 20__
Local e data

Assinatura do beneficiário/favorecido(2) sob
reconhecimento de firma por autenticidade

(2) beneficiário/favorecido menor de 16 anos deve ser representado pelo genitor ou responsável legal; entre 16 e 18 anos, assinar este termo em conjunto com genitor ou responsável legal.