

CARTA DE CESSÃO – AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Pelo presente instrumento, eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, órgão expedidor _____, data da expedição ____/____/____ e CPF nº _____, residente à _____, na qualidade de beneficiário do(a) segurado(a) _____, autorizo que o pagamento da indenização do contrato de seguro, seja efetuado na conta abaixo:

Nome do titular da conta-corrente/poupança: _____, CPF _____.

DADOS BANCÁRIOS

TIPO DA CONTA: <input type="checkbox"/> CONTA-CORRENTE <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA	
NOME DO BANCO:	Nº DO BANCO:
NÚMERO DA AGÊNCIA:	DÍGITO:
NÚMERO DA CONTA:	DÍGITO:
CPF DO TITULAR DA CONTA:	

PEP – Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham 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.

Você ou seus familiares ou pessoas de seu relacionamento próximo se enquadra(m) na descrição de Pessoa Politicamente Exposta?

- NÃO
 SIM, sou PEP Titular
 SIM, possuo Relacionamento Próximo

Se possuir relacionamento próximo, informe os dados da PEP Titular:

Nome:
CPF:
Grau de Relacionamento com o PEP (vínculo):

Em caso afirmativo, anexar ao processo cópia simples do holerite/contracheque e/ou declaração do imposto de renda.
*Sujeito à solicitação de documentação comprobatória complementar.

LOCAL / DATA _____, _____ DE _____ DE _____.

Beneficiário
Nome:
RG:
CPF:

Obs. Deverá ser reconhecida assinatura do beneficiário(a) em cartório, que está autorizando o crédito da indenização do seguro em conta de terceiros.

segurosunimed.com.br