

Á

Unimed Seguradora S.A.

A/C. Unidade de Regulação de Sinistros Vida

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
residente à _____,
RG _____, CPF _____, responsável
pelo(a) menor _____,
de CPF _____, solicito que o valor correspondente ao
seguro de vida deixado por _____,
seja depositado na conta poupança identificada abaixo, de titularidade
exclusiva do(a) menor identificado(a) acima.

Declaro ainda que, por eu ser o(a) responsável legal do(a) menor, o
valor a ser depositado ocorrerá sob minha responsabilidade e será
utilizado em função da mesma, isentando a Unimed Seguradora S.A. de
quaisquer reclamações futuras.

Deposito em Conta Poupança:

Número do Banco: _____

Nome do Banco: _____

Número da Agencia: _____

Número da Conta Poupança: _____

DDD/Celular

E-mail

Sim, autorizo a Seguros Unimed a encaminhar informativos sobre meu processo
de sinistro através de mensagens via celular.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura com Firma Reconhecida

Á

Unimed Seguradora S.A.

A/C. Unidade de Regulação de Sinistros Vida

DECLARAÇÃO

Eu, _____,
residente à _____,
RG _____, CPF _____, responsável
pelo(a) menor _____,
de CPF _____, solicito que o valor correspondente ao
seguro de vida deixado por _____,
seja depositado na conta poupança identificada abaixo, de titularidade
exclusiva do(a) menor identificado(a) acima.

Declaro ainda que, por eu ser o(a) responsável legal do(a) menor, o
valor a ser depositado ocorrerá sob minha responsabilidade e será
utilizado em função da mesma, isentando a Unimed Seguradora S.A. de
quaisquer reclamações futuras.

Deposito em Conta Poupança:

Número do Banco: _____

Nome do Banco: _____

Número da Agencia: _____

Número da Conta Poupança: _____

DDD/Celular

E-mail

Sim, autorizo a Seguros Unimed a encaminhar informativos sobre meu processo
de sinistro através de mensagens via celular.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura com Firma Reconhecida