

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Cuidar para transformar

|   |                                      |                            |
|---|--------------------------------------|----------------------------|
| <b>NOME DO SEGURADO(A):</b>   |                                      |                            |
| RECEBIDO POR: <input type="checkbox"/> SEGURADO(A) <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO(A) |                                      |                            |
| <b>NOME DO BENEFICIÁRIO(A):</b>   |                                      |                            |
| <b>ENDEREÇO:</b>  |                                      |                            |
| <b>BAIRRO:</b>  | <b>CIDADE/ESTADO:</b>                |                            |
| <b>PROFISSÃO:</b>   | <b>TELEFONE:</b>                     |                            |
| <b>FAIXA DE RENDA MENSAL:</b>   |                                      |                            |
| ( ) ATÉ R\$ 3.000,00  | ( ) DE R\$ 3.000,01 A R\$ 5.000,00   | ( ) ACIMA DE R\$ 20.000,00 |
| ( ) DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00   | ( ) DE R\$ 10.000,00 A R\$ 20.000,00 |                            |

AUTORIZO A SEGUROS UNIMED S.A CREDITAR O VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO NA CONTA DE MINHA TITULARIDADE, RESPONSABILIZANDO-ME PELA EXATIDÃO DOS DADOS FORNECIDOS E ASSUMINDO INTEGRALMENTE A RESPONSABILIDADE PERANTE A ESSA SEGURADORA, POR QUAISQUER PREJUÍZOS ADVINDOS DE INFORMAÇÕES INCORRETAS QUANTO A ESSES DADOS.

## DADOS BANCÁRIOS

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

\*JUNTO AO FORMULÁRIO, ANEXAR CÓPIA DO CARTÃO COM OS DADOS BANCÁRIOS.

**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? | <input type="checkbox"/> NÃO   | Se possuir relacionamento próximo, informe os dados da PEP Titular:<br><br>Nome:<br>CPF:<br>Grau de Relacionamento com o PEP (vínculo): |
|   | <input type="checkbox"/> SIM, sou PEP Titular<br><br><input type="checkbox"/> SIM, possuo Relacionamento Próximo |   |

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.

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

LOCAL / DATA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_.

ESTOU CIENTE QUE O PREENCHIMENTO DESTES FORMULÁRIO NÃO IMPLICA NA OBRIGAÇÃO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA QUE OCORRERÁ, APENAS, APÓS A CONCLUSÃO DA REGULAÇÃO DO PROCESSO DE SINISTRO QUANDO CONFIRMADA A VALIDADE DA COBERTURA SECURITÁRIA PARA O EVENTO OCORRIDO.

[segurosunimed.com.br](http://segurosunimed.com.br)