

Solicitante do Seguro:
Nome do Segurado:
Segurado Sinistrado:
Data do Sinistro: Apólice Nº: Certificado:
DDD/Telefone: E-Mail:

RECEBIDO POR

Recebido por:

☐ Segurado ☐ Beneficiário

Nome completo / Razão social:
CPF/CNPJ: Data de nascimento: Estado civil:
Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem. Endereço:
Nº: Complemento: Bairro:
Município: CEP:
UF: DDD/Telefone: DDD/Celular:
E-Mail:

DECLARAÇÃO

Autorizo a SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A. a creditar o valor da indenização do seguro em questão em conta-corrente de minha titularidade, devidamente corrigido nos termos do que estabelecem as Cond. Gerais do Contrato de Seguro, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumindo integralmente a responsabilidade perante essa Seguradora e/ou terceiros, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas quanto a esses dados.

Obrigo-me, ainda, a comunicar imediatamente de forma escrita a essa seguradora, qualquer alteração cadastral na referida conta-corrente, que enseje o não cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Assim, dou à SANCOR SEGUROS DO BRASIL S.A. a mais ampla, geral, rasa e irrevogável quitação, para nada mais reclamar em juízo ou fora dele, referente à importância da indenização do seguro em questão, efetivamente creditada em minha conta-corrente.

Estou ciente de que o preenchimento deste 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.

CONTA BANCÁRIA

Código do banco: Código da Agência: DIG:
Número da conta: DIG:
Tipo da conta: ☐ Poupança ☐ Conta-corrente:
☐ Individual ☐ Conjunta (somente para 1º Titular)
CPF/CNPJ do titular do seguro:

Autorizo a Seguradora a coletar e tratar os dados pessoais informados neste formulário, com a finalidade de regular o processo de sinistro do seguro da apólice em referência, de acordo com o Artigo 11, inciso I da Lei Geral de Proteção de Dados.

Local

/

/

Data

Assinatura