

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvt, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, _____, PORTADOR / A DO
RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____ / ____ / ____ E CPF / CNPJ Nº
_____, NA **QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A** DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO
OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA
_____, AUTORIZO A
SEGURADORA _____ A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO
COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO _____

Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO _____

Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA (EX: 010025299-8) _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO _____

Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA _____

() CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO _____

Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____

Nº CONTA _____

() PAGAMENTO CONTRA-RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL S/A

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO
COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O
VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A _____