

O **Termo de Renúncia e Transferência de Pagamento** é utilizado quando um beneficiário do plano de previdência contratado deseja transferir sua parte da indenização para outra pessoa.

Essa transferência só pode acontecer se for para outro herdeiro legal ou para um beneficiário previamente indicado.

Para auxiliar você, **siga as instruções abaixo:**



Leia o documento e **preencha** os dados corretamente. Lembre-se de indicar o nº da apólice/certificado.



Assine a declaração.



Envie todas as páginas do Termo de Renúncia e Transferência de Pagamento para um dos canais indicados.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- O número de certificado pode ser encontrado na solicitação dos documentos enviados ou no aplicativo Santander, na seção de planos de previdência. Caso tenha dificuldades em encontrá-lo, ligue para a **Central de Atendimento** e iremos te ajudar.
- Lembre-se de anexar uma cópia simples do CPF e do RG ou CNH do(a) cedente (quem transfere) e do(a) cessionário(a) (quem recebe a transferência), com a cópia simples deste documento (Termo de Renúncia e Transferência de Pagamento).

⚠ Atenção! O termo precisa ter reconhecimento de firma em cartório.

PREENCHA OS DADOS ABAIXO

Eu,
inscrito(a) no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado(a) na _____,
nº _____, complemento _____, estado _____, CEP _____,
pelo presente instrumento particular de Cessão de Direitos, na qualidade de beneficiário do plano de previdência, apólice/certificado(s) nº(s) _____, de titularidade do(a) Sr(a). _____,
mantido junto à Zurich Santander Seguros e Previdência S.A., falecido(a) em ____ / ____ / _____, RENU-
CIO e conseqüentemente CEDO a quota-parte que me cabe, ao título de indenização securitária, em favor do(a)
Sr(a). _____, inscrito(a) no CPF/MF nº _____,
residente e domiciliado(a) na _____, nº _____,
complemento _____, bairro _____, na cidade _____,
estado _____, CEP _____.

Diante do acima exposto, confirmo que renuncio e cedo, em caráter irrevogável, o valor integral da quota-parte que me cabe referente ao(s) plano(s) de previdência em razão do falecimento do(a) titular do plano acima informado, em favor da pessoa acima identificada, dando pela ampla e geral quitação, para nada mais reclamar sobre o referido plano de previdência, em tempo algum.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) CEDENTE (QUEM TRANSFERE)
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)

ASSINATURA DO(A) CESSIONÁRIO(A) (QUEM RECEBE A TRANSFERÊNCIA)
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA 1
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA 2
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)

ENVIE ESTE DOCUMENTO PARA UM DOS SEGUINTE CANAIS



avisosinistroprev@zurich-santander.com.br



<http://bit.ly/santanderdocumento>

EM CASO DE DÚVIDAS



Entre em contato pelos seguintes números, disponíveis de segunda a sexta-feira, das 8h às 22h, e aos finais de semana e feriados, das 8h às 20h:

4004 3535* (capitais e regiões metropolitanas);

0800 702 3535 (demais localidades);

0800 723 5007 (pessoas com deficiência auditiva ou de fala).

*Se preferir, mande uma mensagem para este número por meio do seu WhatsApp.

Atenciosamente,
Zurich Santander Seguros e Previdência S.A.