

# Termo de Autorização de Pagamento de Sinistro Mediante Crédito em Conta



Eu,

Portador do CPF/CNPJ  e RG

na qualidade de beneficiário do seguro de vida de

Nome do segurado

Data do sinistro  /  /  CPF/CNPJ do segurado

Grau de parentesco

**Autorizo o Santander Brasil Administradora de Consórcio Ltda.** a efetuar o pagamento do CRÉDITO disponível, na conta abaixo indicada, de minha titularidade,

Número do banco  Agência

Conta corrente nº  Dígito

Conta-poupança nº  Dígito

## Estou ciente de que

▪ As informações por mim prestadas são de minha total responsabilidade.

▪ Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

Local

Data  /  /

---

Assinatura do correntista responsável pelas informações acima