

Este é o documento que autoriza o pagamento do sinistro na conta indicada. Ele deve ser preenchido por todos os beneficiários do Plano de Previdência. Cada um dos beneficiários deverá preencher uma versão deste termo.

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



Leia todas as **informações importantes** com atenção.



Preencha os dados corretamente e **assine** o documento.



Envie todas as páginas do Termo de Autorização de Pagamento pelo nosso Portal de Sinistros.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

ESTOU CIENTE DE QUE:

- O crédito a que este documento se refere será efetuado somente em conta de minha titularidade;
- As informações fornecidas por mim neste documento são de minha total responsabilidade.

OBSERVAÇÕES:

- A Zurich Santander **NÃO** se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou de erro em dados informados pelo emitente.
- **NÃO** realizamos pagamento em conta-poupança no Banco Sicredi e no Banco do Brasil, em conta-salário (qualquer banco), conta Caixa Fácil (Caixa Econômica Federal) e em conta-benefício (benefícios sociais públicos).
- Para beneficiários **NÃO** residentes no Brasil com conta no exterior, além dos dados bancários (banco/agência/SWIFT code), é necessário encaminhar cópias simples do comprovante de residência nominal e do comprovante de saída definitiva do país (documento emitido pela Secretaria da Receita Federal, com protocolo de transmissão).

PREENCHA OS DADOS ABAIXO

NOME SOCIAL DO TITULAR DO PLANO DE PREVIDÊNCIA

NOME CIVIL DO TITULAR DO PLANO DE PREVIDÊNCIA

CPF DO TITULAR DO PLANO DE PREVIDÊNCIA

DDD E TELEFONE DO BENEFICIÁRIO/HERDEIRO

E-MAIL DO BENEFICIÁRIO/HERDEIRO

Eu, _____, portador do CPF _____, na qualidade de beneficiário do plano de previdência do titular acima, **autorizo** a Zurich Santander Seguros e Previdência S.A. a efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta abaixo indicada, de minha titularidade:

(Assinale a opção em que gostaria de receber o pagamento)

NOME DO BANCO		NÚMERO DA AGÊNCIA	
CONTA-CORRENTE	Nº:	DÍGITO:	
CONTA-POUPANÇA	Nº:	DÍGITO:	

Seus dados serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros. O Beneficiário reconhece que, ao preencher este documento com fornecimento das informações nela constantes, os seus dados pessoais poderão ser utilizados e compartilhados com os representantes legais da Zurich Santander, bem como empresas integrantes de seu conglomerado, para a composição de modelos estatísticos das empresas, bem como empresas que nos auxiliem na execução do contrato.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

ENVIE ESTE DOCUMENTO PARA O SEGUINTE CANAL



<https://www.santander.com.br/sinistros/login/tipo?q=acompanhamento>

EM CASO DE DÚVIDAS

Estamos sempre à disposição por meio da nossa Central de Atendimento!

Atenciosamente,
Zurich Santander Seguros e Previdência S.A.