Termo de Renúncia e Transferência de Pagamento

Santander

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**:

1

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

2

Assine a declaração.

3

Envie todas as páginas do Termo de Renúncia e Transferência de Pagamento pelo nosso Portal de Sinistros.

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 ou assinatura digital via gov.br / e-notariado.

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(a) 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 ____/____/____, RENUNCIO e consequentemente 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 OU
ASSINATURA DIGITAL VIA GOV.BR / E-NOTARIADO)

ASSINATURA DO(A) CESSIONÁRIO(A) (QUEM RECEBE A TRANSFERÊNCIA)
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO OU
ASSINATURA DIGITAL VIA GOV.BR / E-NOTARIADO)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA 1
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO OU
ASSINATURA DIGITAL VIA GOV.BR / E-NOTARIADO)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA 2
(COM FIRMA RECONHECIDA EM CARTÓRIO OU
ASSINATURA DIGITAL VIA GOV.BR / E-NOTARIADO)

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.