

Este é o **Termo de Autorização de Pagamento** que deve ser preenchido por cada beneficiário do plano de previdência contratado e autoriza o pagamento do sinistro na conta indicada.

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 para um dos canais indicados.

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, 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

E-MAIL

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 com empresas que nos auxiliem na execução do contrato. Os dados pessoais poderão, ainda, ser utilizados para fins de oferecimento de produtos e ofertas de seguros e previdência, que são adequados e relevantes aos seus interesses. Ressaltamos que os dados serão guardados com todo zelo e cuidado e mantidos pelo prazo previsto pela legislação vigente.

LOCAL E DATA

ASSINATURA

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.