



ALFA SEGUROS

Autorização para Crédito de Indenização em Conta Bancária Vinculada a Maioridade e de Titularidade do Beneficiário Menor de Idade

Dados do Segurado

Nome Completo (sem abreviações)

Dados do Beneficiário Menor

Nome Completo (sem abreviações)

Data de Nascimento

CPF

Endereço (Rua, Av.)

Nº

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone com DDD

E-mail

Profissão

()

Representante Legal (se aplicável, apresentar termo de tutela ou de guarda)

Nome Completo (sem abreviações)

Grau de Parentesco

CPF

E-mail

Telefone com DDD

Profissão

()

Autorizo a ALFA SEGURADORA S/A a creditar o valor da indenização do seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais, em conta corrente de minha titularidade, com movimentação vinculada a maioridade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos e assumidos integralmente a responsabilidade perante a essa Seguradora, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas inerentes a esses dados.

Efetivado o pagamento da indenização, o Beneficiário/ Vítima dá à Seguradora, a mais ampla, plena, geral, rasa, irrestrita e irrevogável quitação, para nada mais reclamar, a qualquer título, no presente ou no futuro, em juízo ou fora dele, quaisquer valores decorrentes do sinistro ocorrido.

NOME DO BANCO:	CÓDIGO:
NÚMERO DA AGÊNCIA:	DÍGITO:
NÚMERO DA CONTA:	DÍGITO:
CPF do titular da conta:	
TIPO DE CONTA: <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA (Somente Caixa Econômica) <input type="checkbox"/> CONJUNTA (Somente para beneficiário 1º titular)	

Somente após a entrega da documentação a Alfa Seguradora iniciará a regulação do processo de sinistro. Assim, estou ciente que o preenchimento deste formulário não implica na obrigação do pagamento da indenização securitária, que ocorrerá, apenas, após a conclusão da regulação do processo de sinistro e **se confirmada** a cobertura securitária para o evento ocorrido.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário Relativamente Incapaz (ver observações)

Assinatura do Representante Legal

Obs.: Se o beneficiário for incapaz, somente o representante assina. Se o for beneficiário relativamente incapaz, deverá assinar o presente formulário, junto com o seu representante.