



# 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.