



ALFA SEGUROS

Autorização para Crédito de Indenização – Pessoa Jurídica

Dados do Segurado

Nome Completo (sem abreviações)

Dados do Beneficiário

Nome Completo (sem abreviações)

CNPJ/MF

Endereço (Rua, Av.)

Nº

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone (DDD+ Nº)

E-mail

()

Responsável

CPF

Autorizo a ALFA PREVIDENCIA E VIDA S/A a creditar o valor da indenização do seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais, em conta corrente de minha titularidade, 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/ Segurado 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: |
| 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 Previdência e Vida 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(a) declarante/beneficiário



ALFA SEGUROS

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO QUANDO DO PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, CONFORME DETERMINAM AS LEIS Nº 9.613/1998 E 12.683 E CIRCULAR SUSEP Nº 622/2021

Anexar ao formulário cópia simples do CNPJ, estatuto social e comprovante de endereço atualizado em nome do beneficiário.

DADOS DO BENEFICIÁRIO

| | | | |
|--|--|---|--|
| Razão Social | | CNPJ | |
| Endereço | | | |
| Cidade | | UF | CEP |
| Atividade Principal Desenvolvida | | | |
| Receita Operacional Bruta – Anual (R\$) | | | |
| <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.200.000,00 | <input type="checkbox"/> DE R\$1.200.000,01 A R\$10.500.000,00 | <input type="checkbox"/> DE R\$10.500.000,01 A R\$60.000.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$60.000.000,00 |

CONTROLADORES ATÉ O NÍVEL DE PESSOA FÍSICA

| | |
|--|------|
| 1) Nome: | CPF: |
| Pessoa Politicamente Exposta – PPE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO | |
| Se relacionamento próximo, Nome Da Pessoa Politicamente Exposta: | CPF |
| 2) Nome | CPF |
| Pessoa Politicamente Exposta – PPE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO | |
| Se relacionamento próximo, Nome Da Pessoa Politicamente Exposta: | CPF |
| 3) Nome | CPF |
| Pessoa Politicamente Exposta – PPE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO | |
| Se relacionamento próximo, Nome Da Pessoa Politicamente Exposta: | CPF |
| 4) Nome | CPF |
| Pessoa Politicamente Exposta – PPE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> RELACIONAMENTO PRÓXIMO | |
| Se relacionamento próximo, Nome Da Pessoa Politicamente Exposta: | CPF |

Pessoa politicamente exposta – PPE: pessoas que ocupam ou tenham ocupado, nos últimos 5 anos, cargo político ou posição relevante em empresas públicas, público-privadas, no Brasil ou no exterior.

Relacionamento próximo – PPE: seus parentes, sócios ou representantes

NÃO DESEJO PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA

NÃO DESEJO ENTREGAR DOCUMENTAÇÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS

Local e Data

ASSINATURA

NOME