

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem falhas, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor ou curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- de Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador)).

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		JOSE CARLOS VASCONCELOS SOUSA	
Endereço		FAZENDA COQUEIRA	
Cidade		FESTEIRO RURAL, TOROLILHA	
Estado		CE	
CPF		63535-000	
Telefone (DDD)			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residência de endereço informado, cópia do comprovante de residência.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☒ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☒ SEM RENDA ☒ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
AGÊNCIA Nº: 0354 DV: 5 (informar dígito se existir)		AGÊNCIA Nº: 033-00 963435 DV: 5 (informar dígito se existir)	
CONTA ☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (343) ☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos acima)		CONTA Nº: 033-00 963435 DV: 5 (informar dígito se existir)	
BANCO Nome:		BANCO Nome:	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)		CONTA Nº:	
(informar dígito se existir)		(informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento de indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconhecimento e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

16 AGO 2018

RECEBIDO

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPF001 V001/2017



RECEBIDO
16 AGO 2018
SABEMI SEGURADORA S/A