

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -

Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do/a beneficiário/a da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

_____, PORTADOR / A DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM ____ / ____ / ____ E CPF / CNPJ Nº _____, NA **QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A** DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA _____ A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE

Nº BANCO _____

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO _____

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA _____

PAGAMENTO CONTRA-RECIBO (ORDEM DE PAGAMENTO) EM QUALQUER AGÊNCIA DO BANCO DO BRASIL S/A

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO / CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____ / ____ / ____

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A _____