

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO
INDENIZAÇÃO DE SINISTRO**

Nº DO SINISTRO: (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com os dados bancários do(a) beneficiário(a) da Indenização do sinistro, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento com letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

DECLARAÇÕES DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Eu,		
Nacionalidade:	Profissão:	
Estado Civil:	CPF:	Telefone (DDD, Ramal, etc)
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
E-mail:	CEP:	Estado:

Na qualidade de beneficiário(a) do valor referente à indenização de sinistro da vítima: _____, autorizo a MBM Previdência e Seguros a efetuar o crédito, de acordo com a forma abaixo indicada, desde que a mesma seja deferida.

Banco: _____ Agência: _____ C/C: _____

ASSINATURA:

Estou ciente que:

- as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha conta corrente após a conclusão da análise do processo de liquidação de sinistro e constatação da cobertura do evento, sujeita as condições que regem o contrato de seguro.
- havendo outros beneficiários declarados, o crédito autorizado corresponderá apenas a minha participação no recebimento.
- a MBM não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer em decorrência de insuficiência ou erros nas declarações prestadas.
- a conta corrente informada deve obrigatoriamente estar em nome do beneficiário.
- caso opte por recebimento no caixa MBM, o pagamento será através de cheque cruzado, nominal e intransferível.

COLE AQUI O SEU COMPROVANTE DE CONTA BANCÁRIA: