

**Autorização para pagamento de indenização de sinistro -  
beneficiário pessoa física**

Encaminhar este formulário preenchido e assinado.

**DADOS DO SEGURO E DO BENEFICIÁRIO**

Estipulante/Empresa: \_\_\_\_\_ N° apólice: \_\_\_\_\_  
Nome do segurado: \_\_\_\_\_  
Nome do beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Se não brasileiro, informar n° passaporte: \_\_\_\_\_  
País de expedição: \_\_\_\_\_ Número de identificação fiscal (NIF): \_\_\_\_\_  
Endereço residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cep: \_\_\_\_\_ Cidade/UF: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**SITUAÇÃO PATRIMONIAL E FINANCEIRA**

Profissão: \_\_\_\_\_ País de nascimento: \_\_\_\_\_  
Patrimônio estimado R\$ ou faixa de renda mensal individual:  
até \$ 2.000,00 de R\$ 5.000,01 a R\$ 10.000,00 de R\$ 15.000,01 a R\$ 20.000,00  
até \$ 2.000,01 a R\$ 5.000,00 de R\$ 10.000,01 a R\$ 15.000,00 não quero informar

**DADOS BANCÁRIOS: Selecione a opção desejada**

conta corrente de titularidade do beneficiário conta poupança de titularidade do beneficiário  
Banco n°: \_\_\_\_\_ Banco nome: \_\_\_\_\_  
N° da agência (com dígito): \_\_\_\_\_ N° da conta (com dígito): \_\_\_\_\_

**DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA**

O beneficiário é agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes(\*), assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo Sim Não. Em caso positivo esclareça:

Se Pessoa Politicamente Exposta fornecer, também: cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.

(\*) São consideradas Funções Públicas Relevantes: Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União; membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores, membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal e de Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

- A solicitação deste formulário, pela EZZE, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenizar, condicionada esta à análise e cobertura securitária.
- O pagamento da indenização será feito somente em conta de titularidade do beneficiário e nunca de terceiros, ainda que representante legal, curador ou tutor.
- Dados bancários incorretos ou incompletos impedem o pagamento da indenização, sendo a exatidão dessa informação de inteira responsabilidade do declarante.
- O pagamento da indenização a beneficiários menores de idade será feito somente por meio de crédito em conta poupança informada pelo representante legal, curador ou tutor.
- Deve ser preenchida uma Autorização para Pagamento de Indenização de Sinistro para cada beneficiário.
- Os dados cadastrais são obrigatoriamente requeridos pelo órgão regulador, SUSEP - Superintendência de Seguros Privados. É obrigatória a apresentação das cópias do RG e CPF e do comprovante de residência não superior há 3 meses da data preenchimento deste formulário (solicitadas na relação de documentos básicos e obrigatórios). Se Pessoa Politicamente Exposta deve fornecer, também, cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do número telefone.

Na condição de (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, autorizo a EZZE Seguros a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização apurado na análise do sinistro, do que dou a mais ampla, rasa, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do solicitante: \_\_\_\_\_

Nome do representante legal (se incapaz): \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_