

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.

EU, _____, PORTADOR(A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO
POR _____ EM ____/____/_____, CPF/CNPJ _____ PROFISSÃO _____ E
RENDA MENSAL DE _____, NA QUALIDADE DE RESPONSÁVEL PELO MENOR
_____, BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A
INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA
VÍTIMA _____, AUTORIZO QUE SEJA EFETUADO O CRÉDITO, DE ACORDO
COM A FORMA ABAIXO INDICADA. CONTA DO MENOR () CONTA DO RESPONSÁVEL ()

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

() CRÉDITO EM **CONTA CORRENTE** (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
Nº DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA CORRENTE _____

() CRÉDITO EM **CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
Nº DO BANCO: **237** Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM **CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
Nº DO BANCO: **001** Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM **CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
Nº DO BANCO **341** Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

() CRÉDITO EM **CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
Nº DO BANCO **104** Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR, SE EXISTIR) _____
Nº CONTA POUPANÇA _____

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 RESPONSÁVEL PELO BENEFICIÁRIO MENOR _____

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A MENOR _____

ATENÇÃO: O seguro DPVAT garante a indenização de **R\$ 13.500,00 em caso de morte** (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$ 13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares** (valor varia conforme o total das despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8 às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercador segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.