

**FORMULÁRIO UNIFICADO PARA INDENIZAÇÃO DE SINISTROS
PESSOA FÍSICA**

Nº Sinistro: _____
 Segurado: _____ CPF: _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone (obrigatório): () _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Profissão/Ramos de atividade: _____

| | | |
|------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Faixa de renda mensal: | Até R\$ 3.000,00 | De R\$ 3.000,01 a R\$ 10.000,00 |
| | De R\$ 10.000,01 a R\$ 30.000,00 | De R\$ 30.000,01 a R\$ 50.000,00 |
| | De R\$ 50.000,01 a R\$ 1.000.000,00 | Acima de R\$ 1.000.000,01 |

| | | |
|--------------------|--------------------------------------|------------------------------------|
| Faixa Patrimonial: | Até R\$ 50.000,00 | De R\$ 50.000,01 a R\$ 100.000,00 |
| | De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00 | De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00 |
| | De R\$ 500.000,01 a R\$ 1.000.000,00 | Acima de R\$ 1.000.000,01 |

DECLARAÇÃO DO SEGURADO:

Declaro para todos os fins que não possuo outros seguros cobrindo os mesmos bens/ou riscos em outra Seguradora.

Sim Não –enviar cópia da apólice.

Enquadra-se na condição de pessoa politicamente exposta?

Sim Não

Obs.: Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham 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

DADOS DO BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário: _____ CNPJ/CPF: _____
 Nome do Banco: _____ Nº do Banco: _____ Nº da Agência: _____ Dígito: _____
 Conta Corrente Conta Poupança Nº da Conta: _____ Dígito: _____

EM CASO DE BENEFICIÁRIO DIVERSO DO SEGURADO:

Devido à impossibilidade da indenização relativa ao sinistro em assunto ser creditado em conta bancária de minha titularidade, solicito e autorizo que o crédito seja efetuado em favor de _____, inscrito no CPF/CNPJ sob o número _____, pelos motivos a seguir transcritos: _____

Informar a relação do segurado com o beneficiário: _____

ESTOU CIENTE QUE:

O referido crédito somente será efetuado em conta bancária acima após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura, a qual fica sujeito às Condições que regem o contrato de seguro.

Com a efetivação do crédito, dou à EZZE Seguros S/A, plena e irrevogável quitação de valores e direitos, para nada mais reclamar, em juízo ou fora dele, relacionado ao referido evento.

IMPORTANTE:

O crédito será efetuado, após a recepção do formulário unificado e reconhecimento da cobertura securitária. Se houver divergência entre o titular da conta informada e o beneficiário o pagamento será rejeitado pelo banco.

Nome completo do representante legal¹: _____ (Nome legível)

CPF: _____

Local: _____ Data: ____ / ____ / ____ Assinatura do segurado: _____

(Obs.: O reconhecimento da firma poderá ser solicitado)

¹Representante legal: Aquele que tem poderes para receber e dar quitação.