

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DE DESPESAS**DADOS DO SEGURADO**

NOME COMPLETO

CPF

APÓLICE

DATA DA OCORRÊNCIA

TIPO DE SEGURO

 COLETIVO INDIVIDUAL BILHETE

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DADOS DO BENEFICIÁRIO

NOME DO BENEFICIÁRIO

DATA DE NASCIMENTO

CPF

ENDEREÇO RESIDENCIAL (Rua / Avenida)

Nº

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

CEP

UF

PAÍS

SE NÃO FOR BRASILEIRO, INFORMAR Nº DO PASSAPORTE

PAÍS DE EXPEDIÇÃO

PERMITE O ENVIO DE INFORMAÇÕES SOBRE O SINISTRO VIA SMS OU E-MAIL?

 SIM NÃO

CELULAR

EMAIL

PATRIMÔNIO ESTIMADO:

OU FAIXA DE RENDA MENSAL INDIVIDUAL:

 Até R\$ 2.000,00 De R\$ 10.001,00 a R\$ 15.000,00 De R\$ 2.001,00 a R\$ 5.000,00 Acima de R\$ 15.000,00 De R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 Não quero informar**DADOS BANCÁRIOS** CONTA CORRENTE CONTA POUPANÇA

NÚMERO DO BANCO

NOME DO BANCO

Nº DA AGÊNCIA

DÍGITO

Nº DA CONTA

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?

Em caso positivo, esclareça.

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

(*) São consideradas Funções Públicas Relevantes: os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; os ocupantes de cargo, no Poder Executivo da União, de ministro de Estado ou equiparado; de natureza especial ou equivalente; de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes; os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; os 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; os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; os 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; os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- A solicitação deste formulário, pela OMINT Seguros, não implica no reconhecimento de sua obrigação de indenizar, condicionada esta à análise e cobertura securitária.
- Este formulário compõe a lista de documentos básicos e indispensáveis à regulação de sinistro.
- 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/REEMBOLSO DE DESPESAS** para cada beneficiário.
- Os dados cadastrais são obrigatoriamente requeridos pelo órgão regulador, SUSEP - Superintendência de Seguros Privados. É obrigatória a apresentação de cópia do RG, CPF e comprovante de residência (sendo conta de luz, telefone fixo, água ou gás), não superior há 3 meses da data deste formulário. Se Pessoa Politicamente Exposta deve fornecer, também, cópia do comprovante da profissão, do patrimônio estimado ou faixa de renda mensal e do telefone.
- Não será feito pagamento por crédito em contas salário, contas benefício, contas de Pessoa Jurídica, contas de Cooperativas ou Financeiras/Financiamento.



Na condição de _____ (segurado / beneficiário / curador / tutor / representante legal) no seguro acima, autorizo a OMINT 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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (SE INCAPAZ)

RG:

CPF:

