

FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO PESSOA FÍSICA

SINISTRO Nº	NOME DE REGISTRO DO SEGURADO: NOME SOCIAL DO SEGURADO:	CPF
OBRIGATÓRIO PREENCHIMENTO COMPLETO, POIS É PARTE INTEGRANTE DO PROCESSO DE LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO, CONFORME CIRCULAR SUSEP 612/2020.		
Beneficiário: Anexar a este formulário cópia simples do RG, CPF ou CNH (válida) e Comprovante de Residência (com CEP e desde que tenha sido emitido no prazo máximo de 90 (noventa) dias).		
BENEFICIÁRIO		
NOME COMPL. DE REGISTRO DO BENEFICIÁRIO: NOME COMPL. SOCIAL DO BENEFICIÁRIO:	CPF	TELEFONE FIXO DDD ( )
RG/RNE	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DA EXPEDIÇÃO
PROFISSÃO	EMAIL	TELEFONE CELULAR DDD( )
ENDEREÇO		NÚMERO/COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	ESTADO
CEP		
FAIXA DE RENDA MENSAL DO BENEFICIÁRIO		
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> DE R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> DE R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.001,00
Caso não possua renda, informar o patrimônio estimado:		
ENQUADRAMENTO COMO PESSOA EXPOSTA POLITICAMENTE (PEP)		
PEP- Pessoa Exposta Politicamente, expressão utilizada para se referir aos agentes públicos que ocupam ou tenham ocupado, nos últimos 5 (cinco)anos cargo político ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.		
Beneficiário – Pessoa Exposta Politicamente: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Em caso afirmativo, juntar ao processo cópia simples do holerite/contra-cheque e/ou declaração do imposto de renda.		
FORMA DE PAGAMENTO		
<input type="checkbox"/> Crédito em conta no Banco Nº _____ Agência com dígito _____ Nº. Conta Corrente com dígito _____ - _____		
<input type="checkbox"/> Como não possuo conta corrente de minha titularidade, autorizo a emissão do Pagamento em Conta Poupança de minha titularidade.		
<input type="checkbox"/> O crédito bancário só poderá ser realizado em conta de titularidade do próprio beneficiário. Sendo conta conjunta, o beneficiário deverá ser o 1º titular.		
IMPORTANTE: 1. O pagamento da indenização será efetuado somente na conta de titularidade do beneficiário. 2. A exatidão dos dados bancários para crédito do valor da indenização é de inteira responsabilidade do declarante. 3. Dados incompletos ou incorretos implicarão a não realização do pagamento. 4. O pagamento para menores de 18 anos de idade será efetuado por meio de crédito em conta corrente no nome do menor, indicada pelo representante legal deste. 5. Menores emancipados devem enviar cópia do documento que comprove a emancipação. 6. Não será efetuado crédito em conta poupança, conta salário, conta benefício do INSS ou conta conjunta tendo o beneficiário como 2º titular. 7. Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário. 8. O preenchimento deste formulário não implica em reconhecimento da seguradora ao pagamento da indenização, o qual depende da análise do sinistro e da documentação exigida.		
Local e Data		
Assinatura do Beneficiário ou do Responsável legal (quando menor de 18 anos)		

DECLARAÇÃO DE PESSOA ESTRANGEIRA

Conforme estabelece a Circular 612 da SUSEP, datada de 18 de agosto de 2020, Capítulo II – Art. 4º, consideram-se expostas politicamente as pessoas naturais que ocupem ou tenham ocupado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais.

Assim sendo, para cumprimento da determinação legal acima, solicitamos as seguintes informações:

NOME DE REGISTRO:		CPF
NOME SOCIAL:		
Exerce ou exerceu nos últimos 5 (cinco) anos em seu país de origem, algum cargo, empregos, ou funções relevantes em empresas públicas ou público-privadas?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cargo ou Função		Código do Cargo
Data Início do Exercício (dd/mm/aaaa) /    /	Data Fim do Exercício (dd/mm/aaaa) /    /	

Possui relacionamento / ligação com a Pessoa Politicamente Exposta?    ☐ Sim    ☐ Não

NOME DE REGISTRO DO RELACIONADO:

NOME SOCIAL DO RELACIONADO:

Cargo ou Função	Tipo de Relacionamento/Ligação
Data Início do Exercício (dd/mm/aaaa) /    /	Data Fim do Exercício (dd/mm/aaaa) /    /

À  
FACTA SEGURADORA S/A

1. Declaro que, em atendimento ao disposto na Circular 612 da SUSEP, as informações acima prestadas são verídicas e de minha inteira
2. responsabilidade. Fico ciente ainda que, eventuais alterações nas informações acima prestadas deverão ser por mim comunicadas, de imediato à Facta Seguradora S/A.

Local e Data

Assinatura do Beneficiário ou do Responsável legal  
(quando menor de 18 anos)