

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 BENEFICIARIO:		CPF	TELEFONE FIXO DDD ()
NOME COMPL. SOCIAL DO BENEFICIARIO:			
RG/RNE	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DA EXPEDIÇÃO	TELEFONE CELULAR DDD()
PROFISSÃO	EMAIL		TELEFONE RECADOS DDD ()
ENDERECO			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: Não 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_____ N°. 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.
- 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)

Facta Seguradora S/A – CNPJ: 33.493.756/0001-79

Rua dos Andradas, 1409 – 4º andar – sala 401 – Centro – Porto Alegre – RS – CEP 90020-011

Telefones: 051 3191-7318 – SAC/Serviços: 0800.942.0462 – Ouvidoria 0800.232.2222

www.factaseguradora.com.br

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? Sim 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 responsabilidade.
2. 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)

Facta Seguradora S/A – CNPJ: 33.493.756/0001-79
Rua dos Andradas, 1409 – 4º andar – sala 401 – Centro – Porto Alegre – RS – CEP 90020-011
Telefones: 051 3191-7318 – SAC/Serviços: 0800.942.0462 – Ouvidoria 0800.232.2222
www.factaseguradora.com.br