

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO



Eu, \_\_\_\_\_, portador (a) da cédula de identidade RG nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ na qualidade de beneficiário (a) do valor referente à indenização do Seguro de Pessoas do segurado \_\_\_\_\_, autorizo a Centauro Vida e Previdência S/A a creditar o pagamento da referida indenização, de acordo com a forma indicada abaixo:

|                     |                |               |           |
|---------------------|----------------|---------------|-----------|
| NOME DO BANCO _____ | Nº BANCO _____ | AGENCIA _____ | C/C _____ |
|---------------------|----------------|---------------|-----------|

TIPO DE CONTA:  POUPANÇA  CONTA CORRENTE

|                |              |
|----------------|--------------|
| TELEFONE _____ | E-MAIL _____ |
|----------------|--------------|

Declaro ainda que a conta acima informada:

1. É de minha titularidade, ciente de que caso não seja **o crédito não poderá ser realizado**;
2. Não se refere a conta benefício, conta salário ou conta fácil da Caixa Econômica Federal, ciente de que neste tipo de conta **o crédito não poderá ser realizado**.

#### **Informação adicional quanto a Pessoa Politicamente Exposta:**

Em conformidade com a Circular SUSEP nº 445, pessoas politicamente expostas são os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Enquadra-se neste perfil?

SIM  NÃO

Por fim declaro que as informações acima prestadas são de minha total responsabilidade e que uma vez efetuado o pagamento/crédito do valor da indenização, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização.

#### **Informações adicionais:**

- Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.
- A Seguradora não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro nos dados informados pelo emitente.

---

LOCAL

---

DATA

---

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
OU RESPONSÁVEL

OBS.: (No caso de beneficiário menor, assinatura com firma reconhecida dos responsáveis legais)