

## Autorização para Crédito de Indenização a Beneficiário Menor de Idade, em Conta-Poupança de Movimentação Vinculada à Maioridade

**Dados do Sinistro**

Estipulante do Seguro		Nome do Segurado		
Segurado Sinistrado		Data do Sinistro	Apólice N°	Certificado

**Dados Pessoais do Beneficiário Menor / Titular da Conta**

Nome Completo (sem abreviações)		Data de Nascimento		CPF/MF	
N° do Doc. Identificação e Tipo	Órgão Expedidor	UF	Data de Emissão	Validade	
Endereço			Número	Complemento	
Bairro		Cidade		UF	CEP
DDD	Telefone	E-mail			

**Dados Pessoais do Representante Legal**

Nome Completo (sem abreviações)		Grau de Parentesco		CPF/MF	
N° do Doc. Identificação e Tipo	Órgão Expedidor	UF	Data de Emissão	Validade	

Autorizo a Bradesco Vida e Previdência S.A. a creditar o valor do Capital Segurado do Seguro acima identificado, devidamente corrigido e nos termos estabelecidos nas Condições Gerais do Contrato de Seguro, em Conta Poupança abaixo indicada, de minha exclusiva titularidade e cuja movimentação está vinculada à maioria, comprometendo-me, neste ato, pela exatidão dos dados fornecidos e assumindo integralmente a responsabilidade perante essa Seguradora e/ou terceiros, por quaisquer prejuízos advindos de informações incorretas inerentes a esses dados.

Assumo, igualmente neste ato, o compromisso de comunicar a essa Seguradora, por escrito e de imediato, qualquer alteração cadastral na referida Conta Poupança que impossibilite o cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Reconheço que o preenchimento deste formulário e a autorização de depósito ora concedida, bem como a adoção de demais providências porventura necessárias ao eventual recebimento da indenização pleiteada, não implica em prévio reconhecimento de cobertura do sinistro por parte da Bradesco Vida e Previdência S.A. e não obriga, automaticamente, a Seguradora a efetuar o depósito do Capital Segurado ora autorizado

**Conta Poupança Vinculada a Maioridade**

Nome/Código do Banco		N° da Agência	Díg.	N° da Conta-Poupança	Díg.
Nome do Titular da Conta				CPF/MF	

\* O não preenchimento de todos os campos deste formulário implicará na devolução do mesmo.

Local e Data

Assinatura Beneficiário

Assinatura Representante Legal

Central de Sinistro de Seguros de Pessoas  
Comunicação e Informações de Sinistro de Seguros de Pessoas  
Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2794  
Demais Localidades: 0800 701 2794  
Atendimento de 2ª a 6ª feira, das 8h00 às 18h00, exceto feriados.

SAC: 0800 721 1144  
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722 0099  
Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais.  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria: 0800 701 7000 - Se não ficar satisfeito com a solução apresentada,  
contate a Ouvidoria, das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.