



Dados do Sinistro

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

Dados Pessoais do Beneficiário

Nome Completo (sem abreviações)		Data de Nascimento	CPF/CNPJ/MF		
Doc. Identificação - Tipo	N° Documento	Órgão Expedidor	UF	Data Emissão	Validade
Endereço (Rua, Av.)				N°.	
Bairro	Cidade		UF	CEP	
Telefone (DDD+ N°.)	E-mail				

Autorizo à Bradesco Vida e Previdência a creditar o valor da indenização deste seguro, em Conta Corrente/Poupança de minha titularidade, abaixo indicada, devidamente corrigido nos termos que estabelecem as Condições Gerais do Contrato de Seguro, comprometendo-me 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.

Obrigo-me ainda, a comunicar imediatamente de forma escrita a essa Seguradora, qualquer alteração cadastral na referida Conta Corrente/Poupança, que enseje o não cumprimento tempestivo da obrigação do depósito por parte dessa Seguradora.

Conta Bancária		Tipo da Conta (indicar apenas um tipo)	
Nome do Banco	Cód. Banco	Díg.	
Cód. Agência		Díg.	
N° da Conta		Díg.	
		Conta-Corrente	Conta-Poupança
		<input type="checkbox"/> Individual	<input type="checkbox"/> Individual
		<input type="checkbox"/> Conjunta	<input type="checkbox"/> Conjunta
		CPF do Titular:	CPF do Titular:

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

Local e Data

Assinatura