

Formulário Unificado para Indenização de Sinistro

Pessoa Jurídica

MULTIPRODUTO

Nº Sinistro: _____

Segurado: _____ CNPJ: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone (obrigatório): () _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Profissão/Ramos de atividade: _____

Faturamento mensal:

 Até R\$ 50.000,00 De R\$ 50.000,01 a R\$ 100.000,00 De R\$ 100.000,01 a R\$ 300.000,00 De R\$ 300.000,01 a R\$ 500.000,00 De R\$ 500.000,01 a R\$ 1.000.000,00 Acima de R\$ 1.000.000,01**DECLARAÇÃO DO SEGURADO:**

Declaro para todos os fins que não possuo outros seguros cobrindo os mesmos bens em outra Seguradora.

 Sim Não – enviar cópia da apólice.**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome do Beneficiário (O beneficiário deverá ser o segurado e também titular da conta): _____

CNPJ/CPF: _____

Nome do Banco: _____ Nº do Banco: _____ Nº da Agência: _____ Dígito: _____

 Conta Corrente Conta Poupança

Nº da Conta: _____ Dígito: _____

ESTOU CIENTE QUE:

O referido crédito somente será efetuado em conta bancária acima após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura, a qual fica sujeito às Condições que regem o contrato de seguro.

Com a efetivação do crédito, dou à Allianz Seguros S/A, plena e irrevogável quitação de valores e direitos, para nada mais reclamar, em juízo ou fora dele, relacionado ao referido evento.

IMPORTANTE:

O crédito será efetuado, após a recepção do formulário unificado e reconhecimento da cobertura securitária. Se houver divergência entre o titular da conta informada e o beneficiário o pagamento será rejeitado pelo banco.

Nome completo do representante legal : _____

CPF: _____

(Nome legível)

Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura do segurado: _____

(Obs.: O reconhecimento da firma poderá ser solicitado)

Representante legal: Aquele que tem poderes para receber e dar quitação.