

# Autorização de Pagamento Pessoa Jurídica - Seguro de Vida


## Dados do Seguro

Nome do Estipulante <b>FUNDO DE PENSÃO MULTINSTITUÍDO DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE CIRURGIÕES DENTISTA - APCDPrev</b>	Número da Apólice (preenchimento obrigatório)
---	---

## Dados do Beneficiário

Razão Social	CNPJ
Atividade Principal Desenvolvida	Situação patrimonial/financeira da empresa (em valores)


## 1º Representante Legal

 O representante legal tem que apresentar procuração, quando for procurador, ou ata de eleição, quando for diretor, além do estatuto social atualizado da Pessoa Jurídica.

Nome Completo do Representante Legal da Empresa				CPF (somente números)
Nº do documento de Identificação	Natureza do documento de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço				Número
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ( )	Cel ( )	E-mail	Profissão	
Renda Mensal / Patrimônio <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não possuo				Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

1- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE.

## 2º Representante Legal

 O representante legal tem que apresentar procuração, quando for procurador, ou ata de eleição, quando for diretor, além do estatuto social atualizado da Pessoa Jurídica.

Nome Completo do Representante Legal da Empresa				CPF (somente números)
Nº do documento de Identificação	Natureza do documento de Identificação	Órgão Expedidor	Data de Expedição	Residente no Brasil <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço			Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP	Tel ( )
Cel ( )	E-mail	Profissão		
Renda Mensal / Patrimônio <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Não possuo				Pessoa Politicamente Exposta (PPE) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

## Dados Bancários do Beneficiário

Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência / DV	Nome da Agência
CNPJ do Beneficiário		Nº da Conta Corrente / DV	

## Autorização de Pagamento

Na condição de ÚNICO Beneficiário da apólice abaixo descrita, na hipótese de pagamento da cobertura pleiteada, autorizo a Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, empresa emitente da referida apólice, a efetuar a liberação do capital segurado total, por meio de:

**CRÉDITO EM CONTA CORRENTE DE TITULARIDADE** (não será aceita conta poupança ou conta corrente de terceiros). Nesse sentido, após realização do pagamento do capital segurado total, outorgo à Icatu Seguros S/A, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena, geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e em que tempo for, isentando-a de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação.

Os dados constantes desta declaração são de minha inteira responsabilidade, tendo ciência de que qualquer informação ou declaração inexata poderá sujeitar-me às sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável. A APCDPrev se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados.

É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Assinatura do 1º Representante legal



\_\_\_\_\_

Assinatura do 2º Representante legal

As assinaturas dos representantes legais do beneficiário deverão ser reconhecidas em cartório, por semelhança.