

AUTORIZAÇÃO PARA PAGAMENTO BENEFÍCIO SEGURO BEM-ESTAR INTEGRAL

Os formulários abaixo deverão ser preenchidos pelo empregado beneficiário ou pela empresa, respeitando os respectivos campos indicados.

PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É O EMPREGADO			
Nome do empregado		CPF	Data de nascimento / /
Nome da empresa		CNPJ	
Endereço do empregado		Bairro	
CEP	Cidade/UF	País	
Telefone	Celular	E-mail	
Dados bancários em nome do beneficiário: () Conta corrente () Conta poupança			
Banco:	Nº do banco:	Agência	Conta (com dígito)
Chave Pix:			Obs.: informe acima os dados bancários.
Nome do representante legal (se incapaz)		RG	CPF

* Observação: não pode ser informado número de conta salário, pois apenas o empregador responsável pela conta consegue efetuar o depósito e/ou transferência para esse tipo de conta.

Na condição de beneficiário, autorizo a PROAGIR BENEFÍCIOS a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização.

____/____/____, _____
 Data Assinatura

PREENCHER QUANDO O BENEFICIÁRIO É A EMPRESA			
Nome da empresa beneficiada		CNPJ	Data de abertura / /
Nome do empregado vinculado ao benefício		CPF	
Endereço da empresa		Bairro	
CEP	Cidade/UF	País	
Telefone	Celular	E-mail	
Dados bancários da empresa: () Conta corrente () Conta poupança			
Banco:	Nº do banco:	Agência	Conta (com dígito)
Chave Pix:			Obs.: informe acima os dados bancários.

Na condição de responsável legal, autorizo a PROAGIR BENEFÍCIOS a creditar, de acordo com os dados acima informados, o valor de indenização.

____/____/____, _____
 Data Assinatura do responsável legal