

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

Este formulário destina-se, exclusivamente, ao pedido de **Reembolso de Despesas Médicas** pagas por Pessoa Jurídica proprietária de veículos da **Categoria 3 e 4**, conforme determina o Cod. Civil no termos do **Art. 346, III**. A conta informada precisa estar regularizada, ativa, desbloqueada ou sem impedimento para crédito do reembolso.

É necessário anexar cópia dos documentos de identidade, CPF, Comprovante de Residência do(s) Responsável(is) Legal(is) da Empresa, Contrato Social, Cartão do CNPJ, e o Termo de Quitação disponível para impressão no endereço abaixo:

<https://www.seguradoralider.com.br/Documents/documentos/Termo-de-declaracao-quitacao-para-categoria-3-4.pdf>

Número do Sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo:
----------------------------	----------------	----------------

Razão Social:		Número CNPJ:	
Atividade Principal:		Tel.(DDD):	
Nome Completo do Sócio, Administrador ou Responsável Legal signatário(a) da presente:		CPF:	
Endereço da Empresa:		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Tel.(DDD):	
Declaro(amos) , sob as penas da lei e para fins de prova de logradouro junto a Seguradora Líder, que o endereço cadastral da empresa é o descrito acima. Segue, em anexo, uma cópia do comprovante do endereço informado.			

INFORMAÇÕES DA SITUAÇÃO PATRIMONIAL, FINANCEIRA E BANCÁRIA:

Patrimônio Líquido (R\$) _____ Faturamento Médio Mensal (R\$) _____	
<input type="checkbox"/> Recuso informar	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ NRO: _____
AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Declaro(amos) que os dados bancários são de titularidade da empresa e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo(amos) a Seguradora Líder a efetuar o pagamento do reembolso do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta.

Após efetivado o crédito, reconheço(amos) e dou(amos) plena quitação do valor reembolsado.

Local e Data: _____

Assinatura do Beneficiário