

SOLICITAÇÃO DE RESTITUIÇÃO DO PAGAMENTO DO PRÊMIO DO SEGURO DPVAT - BANCOS

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

ESTE CAMPO NÃO DEVE SER PREENCHIDO PELO AGENTE ARRECADADOR PROCESSO N°:

O preenchimento dos dados para a restituição é de inteira responsabilidade do agente arrecadador. Após completar corretamente este requerimento, **ANEXAR CÓPIA DO(S) COMPROVANTE(S) DE PAGAMENTO.**

A apresentação dessa documentação é indispensável para que a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. se ressarça junto ao FNS (FUNDO NACIONAL DE SAÚDE) e ao DENATRAN das parcelas de 45% e 5%, respectivamente, do valor total a ser restituído.

AGENTE ARRECADADOR	Banco:		
Endereço: (Avenida, Estrada, Rua, Travessa)	Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Funcionário Requerente:	Departamento:		
E-mail:	Tel. (DDD):		

DADOS DO VEÍCULO	Estado:	Placa:	RENAVAN:
-------------------------	---------	--------	----------

DADOS BANCÁRIOS, PARA CRÉDITO DO VALOR A SER RESTITUÍDO				
CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE:	Banco:	N° Agência: (Inclua o dígito verificador)	N° Conta-Corrente:	CNPJ:

IMPORTANTE

Os dados bancários acima devem ser os da pessoa jurídica do Agente arrecadador, nunca do funcionário requerente.

Pela presente, requer a restituição do prêmio pago do Seguro DPVAT no valor de R\$ _____, por motivo de:

Duplicidade - **ESTE CAMPO NÃO DEVE SER PREENCHIDO PELO AGENTE ARRECADADOR: 1º PAGTO. BANCO ____ DATA ____/____/____ 2º PAGTO.**

Pagamento a maior (Restituição parcial de valor pago)

Outros. Especificar _____

Explicar detalhadamente o motivo gerador do pagamento indevido **(preenchimento obrigatório)**

Nesses termos, pede deferimento.

_____ de _____ de _____

Assinatura do requerente

ENVIAR PARA O SEGUINTE ENDEREÇO: CAIXA POSTAL 40960 - CEP 20270-971 - TIJUCA - RJ
CENTRAL DE ATENDIMENTO 4020-1596 (REGIÕES METROPOLITANAS) OU 0800 022 12 04 (OUTRAS REGIÕES)