TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS – SEGURO

Segurado	**CNPJ/CPF:**
Beneficiário	**CNPJ/CPF:**

Neste ato, cedo à _____ definida como (X) Estipulante, o direito ao recebimento da Indenização decorrentes do acidente coberto, com a finalidade de que o Capital seja destinado o recebimento do reembolso das despesas médicas, hospitalares e/ou odontológicas, cumprindo desta forma, o objetivo do seguro. Cedo também à _____a obrigação de conceder à Seguradora, a mais ampla, geral, irrestrita e irrevogável quitação.

Autorizo ainda a Capemisa efetuar o pagamento do sinistro acima mencionado, mediante crédito na conta corrente indicada abaixo:
Nome:_____
Número do Banco:_____ Nome do Banco:_____
Número da Agência:_____ Nome Agência:_____
Conta Corrente: nº.:_____ Dígito nº:_____

Local e Data

Nome Segurado_____

CPF _____