

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 REQUERENTE

PROCESSO N°:

O preenchimento dos dados para a restituição é de inteira responsabilidade do requerente. Após completar corretamente este requerimento, **ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, DO CPF, DO CRLV E DO(S) COMPROVANTE(S) DE PAGAMENTO.** Se representante legal da pessoa jurídica, anexar cópia da identidade, CPF e do cartão do CNPJ.

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.

DADOS DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO		Nome/Razão Social:	
Documento de identidade N°:	Órgão emissor:	CPF:	
Endereço: (Avenida, Estrada, Rua, Travessa)		Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:			
Telefone residencial (DDD):		Telefone celular (DDD):	

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

DADOS BANCÁRIOS, DE TITULARIDADE DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO, PARA CRÉDITO DO VALOR A SER RESTITUÍDO

<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE: (Aceitas contas de todos os Bancos)	Nome Banco:	N° Agência: (Inclua o dígito verificador)	N° Conta-Corrente:
<input type="checkbox"/> CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA: (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		N° Agência: (Inclua o dígito verificador)	N° Conta-Poupança:
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			

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 REQUERENTE:**

1º PAGAMENTO. BANCO ____ DATA ____ / ____ / ____ 2º PAGAMENTO. BANCO ____ DATA ____ / ____ / ____

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 conforme o documento de identidade