

TERMO DE ACORDO DE RESPONSABILIDADE DE EXCEDENTE DE VERBA

DADOS DO SEGURADO

Nome: _____ Sinistro nº _____

Apólice: _____ Veículo: _____ Placa: _____ Ano/Modelo: _____

Terceiro nº 01

Nome do reclamante: _____ CPF.: _____

Veículo: _____ Placa: _____ Ano/Modelo: _____

Terceiro nº 02

Nome do reclamante: _____ CPF.: _____

Veículo: _____ Placa: _____ Ano/Modelo: _____

Terceiro nº 03

Nome do reclamante: _____ CPF.: _____

Veículo: _____ Placa: _____ Ano/Modelo: _____

Terceiro nº 04 - Danos Materiais / Outros Bens

Nome do reclamante: _____ CPF / CNPJ.: _____

Endereço: _____ Número: _____ Cidade: _____

Descrição do bem: _____

Na qualidade de **Segurado** e único beneficiário relativo à apólice acima em referência, venho manifestar a **Porto Seguro Cia de Seguros Gerais**, que referente ao sinistro ocorrido no dia ____/____/____, em que foi envolvido o(s) Terceiro nº 01 / Terceiro nº 02 Terceiro nº 03 / Terceiro nº 04, autorizo a **Seguradora** a efetuar o pagamento indenizatório no valor de R\$ _____ referente à **Responsabilidade Civil Facultativa - Danos Materiais**, ficando sob minha total e inteira responsabilidade toda e qualquer reclamação que ultrapasse a garantia concedida na Apólice de Seguro no valor de R\$ _____, estando ciente que a cobertura ficará cancelada, não tendo mais nada a reclamar em juízo ou fora dele.

A distribuição da verba será:

Opção 01:

Indenizar os envolvido(s): Terceiro no.01 Terceiro no.02 Terceiro no.03 Terceiro no.04

Opção 02:

Indenizar a verba contratada ao segurado

O pagamento será efetuado a favor de: _____ CPF.: _____

No Banco: _____ Agencia nº: _____ Conta Corrente de nº _____,

através de Transferência Eletrônica Disponível - TED (Circular 3.115. do Banco Central do Brasil).

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

ASSINATURA DO(S) TERCEIRO(S)

Observação: Reconhecer firma por autenticidade