UZZE
PROTEÇÃO AUTOMOTIVA

TERMO DE ACIONAMENTO AP (ACIDENTE PESSOAL)

Associado Segurado:	RG/I.E.	CPF/CNPJ:
Requerente:	RG/I.E.	CPF/CNPJ:
Endereço:		Cidade/UF:

Telefone:	Celular:	Email:

Banco:	Agência:	Conta n°:

Placa	Numeração Chassi	Marca / Modelo

Dados do Sinistro:			
Tipo do Evento	Data do fato	Número Boletm de ocorrência	N° Ocupantes

Condições Gerais:

Nos termos do Regulamento Interno, estou plenamente ciente e de acordo que a UZZE PROTEÇÃO AUTOMOTIVA, inscrita no CNPJ sob nº 30.116.894/0001-40, mantém programa de AP (acidente pessoal exclusivo ao associado (por morte acidental) com cobertura no valor de até R$ 30.000,00 (trinta mil reais). Destaca-se que a UZZE mantém contrato com seguradora externa para as indenizações por SEGURO DE VIDA, sendo de única e exclusiva responsabilidade do Associado ou Requerente enviar os documentos necessários à empresa indicada para a sua indenização, não cabendo à Uzze nenhum tipo de responsabilidade no processo.

NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	RG	TIPO DE INDENIZAÇÃO

_____

REQUERENTE