

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Seguro Acionado:		Cobertura Acionada:		Bilhete Nº.:	
Nome do Segurado:				CPF:	
Estado Civil:	☐ Casado	☐ Solteiro	☐ Divorciado	☐ Viúvo	
RESPONDER SOMENTE SE O SEGURADO FOR SOLTEIRO, DIVORCIADO OU VIÚVO O segurado mantinha convivência pública, contínua, duradoura e estabelecida com o objetivo de constituir família com _____ portador (a) do CPF _____ e RG _____ desde _____ / _____ / _____ até o seu falecimento.					
Eu, _____, portador (a) do CPF _____ e RG _____, na qualidade de _____ do segurado, venho por meio deste requerer indenização referente ao seguro _____ e declaro para os todos fins que todas as informações descritas neste documento são verdadeiras, e que o segurado faleceu tendo deixado os seguintes herdeiros relacionados abaixo:					
1.				Data de Nascimento ____ / ____ / ____	
Parentesco:		Autorizo creditar a indenização, se devida, na conta informada por mim.			
Banco	Agência	Conta	☐ Corrente	☐ Poupança	
Assinatura do beneficiário					
2.				Data de Nascimento ____ / ____ / ____	
Parentesco:		Autorizo creditar a indenização, se devida, na conta informada por mim.			
Banco	Agência	Conta	☐ Corrente	☐ Poupança	
Assinatura do beneficiário					
3.				Data de Nascimento ____ / ____ / ____	
Parentesco:		Autorizo creditar a indenização, se devida, na conta informada por mim.			
Banco	Agência	Conta	☐ Corrente	☐ Poupança	
Assinatura do beneficiário					
4.				Data de Nascimento ____ / ____ / ____	
Parentesco:		Autorizo creditar a indenização, se devida, na conta informada por mim.			
Banco	Agência	Conta	☐ Corrente	☐ Poupança	
Assinatura do beneficiário					
5.				Data de Nascimento ____ / ____ / ____	
Parentesco:		Autorizo creditar a indenização, se devida, na conta informada por mim.			
Banco	Agência	Conta	☐ Corrente	☐ Poupança	
Assinatura do beneficiário					
Estou ciente de que, caso esta declaração não traduza a verdade, terei que ressarcir o valor recebido à seguradora e assumo a responsabilidade pelas informações prestadas junto a Gazin Seguros. Estou ciente das penalidades face o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas. Ciente disto, dato e assino abaixo:					
Local e data: _____ - _____ de _____ de _____. (Cidade) (Estado) (Dia) (Mês) (Ano)					
_____ ASSINATURA					
1ª Testemunha			2ª Testemunha		
Nome: _____			Nome: _____		
CPF: _____			CPF: _____		
_____ (Assinatura)			_____ (Assinatura)		
* É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS *					