

TERMO DE RENÚNCIA



Pelo presente instrumento, eu, _____, portador(a) do documento de identidade nº _____, órgão expedidor _____, data da expedição ____ / ____ / ____ e CPF nº _____, residente à _____, venho por livre e espontânea vontade, para todos os fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, declarar minha renúncia em caráter irrevogável, ao direito que tenho, em favor de _____, portador do RG nº _____, inscrito no CPF nº _____, junto à Seguros Unimed S.A, de receber o valor de minha cota parte, relativa ao seguro de vida e/ou acidentes pessoais, contratado pelo(a) Sr(a) _____, inscrito(a) no CPF nº _____, garantido pela Seguros Unimed, apólice(s) nº _____, grupo(s) nº _____, em razão do sinistro ocorrido em ____ / ____ / ____.

Desde já, isento a Seguros Unimed S.A, de qualquer responsabilidade ou ônus futuro e outorgando à mesma, a mais ampla geral quitação para nada mais reclamar sobre a importância segurada, ora cedida, em tempo algum.

A presente renúncia é irretroatável e irrevogável, e estou ciente de que nada poderei reclamar em relação ao seguro em questão, seja a que título for, em juízo ou fora dele, a qualquer tempo. Sendo essa a expressão da minha vontade, firmo o presente Termo de Renúncia com 2 (duas) testemunhas.

LOCAL / DATA _____, _____ DE _____ DE _____.

Assinatura com firma reconhecida

Testemunhas:

1) Nome: _____

2) Nome: _____

CPF: _____

CPF: _____

Assinatura com firma reconhecida

Assinatura com firma reconhecida

segurosunimed.com.br