

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS**Dados do Falecido**

Nome		Data do falecimento		
RG		CPF		Estado civil
Deixa esposo(a)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Deixa companheiro(a)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Deixa filho(s)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Quantos filhos?	Ascendentes vivos (pais/avós)? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

RELAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ Data de Falecimento do Herdeiro: ____/____/____

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ Data de Falecimento do Herdeiro: ____/____/____

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ Data de Falecimento do Herdeiro: ____/____/____

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ Data de Falecimento do Herdeiro: ____/____/____

Nome: _____ Parentesco: _____

CPF: _____ Dt. Nasc: ____/____/____ Data de Falecimento do Herdeiro: ____/____/____

Pelo presente instrumento, eu, _____, CPF nº _____, declaro que, por ser expressão da verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, assumo a responsabilidade pelas informações prestadas como encargo de responderem perante aos outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto à Unimed Seguradora S/A. Estou ciente das penalidades face o Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

***O declarante deverá ser, obrigatoriamente, um dos herdeiros.**

LOCAL / DATA _____, _____ DE _____ DE _____.

*Assinatura do declarante (com firma reconhecida)_____
Assinatura - Testemunha 1

Nome:

CPF:

(com firma reconhecida)

Assinatura - Testemunha 2

Nome:

CPF:

(com firma reconhecida)