

Assinale uma das opções abaixo

 Previdência Seguro de Vida**Dados do Participante/Segurado**

Nome Completo			
Nacionalidade	Estado Civil	CPF	Data de Nascimento

Dados do Primeiro Declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do Segundo Declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do Terceiro Declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do Quarto Declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do Quinto Declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Dados do Sexto Declarante

Nome Completo do Declarante		
Parentesco	CPF	Nº do Documento de Identificação

Nós, anteriormente qualificados, declaramos para os devidos fins e efeitos, e sob pena de responsabilidade civil e criminal, que o segurado deixou os bens abaixo discriminados:

Descrição do bem	Data de aquisição
1)	
2)	
3)	

4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	

Estamos cientes das penalidades previstas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, sobre as declarações aqui contidas.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Primeiro Declarante



Assinatura do Segundo Declarante



Assinatura do Terceiro Declarante



Assinatura do Quarto Declarante



Assinatura do Quinto Declarante



Assinatura do Sexto Declarante

Este documento é ÚNICO, devendo ser preenchido por todos os declarantes e todas as assinaturas deverão ter firma reconhecida por semelhança.