

Assinale uma das opções abaixo

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
--------------------------------------	---

Instruções de Preenchimento

- Declaração utilizada em caso de não indicação de beneficiários para avaliação dos herdeiros legais;
- Reconhecer firma das assinaturas dos herdeiros legais;
- Anexar cópia do documento de identificação dos herdeiros legais;


Dados do Participante/Segurado


Nome Completo	Nº do Processo de Sinistro
Certificado(s) ou Apólice(s) / Proposta(s)	CPF

Declaração


Declaro expressamente perante a Icatu Seguros S/A, sob a pena de responder civil e criminalmente pela inveracidade das informações prestadas, que a(s) pessoa(s) identificada(s) abaixo é(são) o(s) único(s) Herdeiro(s) Legal(is) do participante/segurado, devendo receber a indenização da Previdência/ Seguro de Vida, nos termos do(s) certificado(s) ou apólice(s)/proposta(s) em referência. A Seguradora realizará o pagamento de acordo com as informações prestadas abaixo, ficando isenta de toda e qualquer responsabilidade em efetuar qualquer outro pagamento decorrente da morte do participante/segurado, no certificado ou apólice/proposta em que ele fazia parte, a quem quer que seja e a que título for.


Dados dos Herdeiros Legais

Nome Completo		Grau de Afinidade / Parentesco	
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	
Local	Data	Assinatura 	

Nome Completo		Grau de Afinidade / Parentesco	
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Tel ()	Cel ()	E-mail	
Local	Data	Assinatura 	

Dados dos Herdeiros Legais (continuação)

Nome Completo			Grau de Afinidade / Parentesco		
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF			
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF		CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail			
Local	Data	Assinatura 			

Nome Completo			Grau de Afinidade / Parentesco		
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF			
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF		CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail			
Local	Data	Assinatura 			

Nome Completo			Grau de Afinidade / Parentesco		
Nº do Documentação de Identificação	Órgão Expedidor	CPF			
Endereço			Número	Complemento	
Bairro	Cidade	UF		CEP	
Tel ()	Cel ()	E-mail			
Local	Data	Assinatura 