DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Eu, (Preencher nome), portador(a) do RG (Preencher RG) CPF(Preencher CPF), (Preencher estado civil do declarante), (Preencher nacionalidade)), residente à (Preencher endereço do declarante), declaro para os devidos fins sob pena de responsabilidade civil e criminal que o Sr.(a) (Preencher nome do segurado), faleceu em (Preencher data do falecimento), no estado civil de (Preencher estado civil), Escolher um item., Escolher um item., como único(s) herdeiro(s) o(s) beneficiário(s) relacionado(s) abaixo:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome completo dos beneficiários** | **RG** | **CPF** | **Grau de parentesco** |
| (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) |
| (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) |
| (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) |
| (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) |
| (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) | (Preencher) |

(Preencher somente nos casos em que o segurado seja: Casado(a) ou Solteiro(a) e conviva maritalmente, sendo que o nome da(o) Esposa / Marido / Companheira(o) deverá constar na relação de beneficiários acima).

Declaro que o(a) segurado(a) vivia maritalmente com o(a) Sr.(a) XXXXX RG XXXX CPF XXXX desde XXX, até o seu falecimento, sendo esta convivência pública, continua e duradoura estabelecida nos termos do artigo 1.723 do Código Civil e § 3º do artigo 226 da Constituição Federal de 1988, sem qualquer tipo de impedimento legal previsto no artigo 1.521 do Código Civil.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer tipo de vício da vontade ou consentimento, assumem a responsabilidade pelas informações prestadas com o encargo de responderem perante outros dependentes ou interessados que possam reclamar o pagamento da indenização do seguro de vida contratado junto a SOMPO Seguros S/A.

**Local e data**

**Assinatura do(a) beneficiário(a)**

###### 

**Assinatura do(a) beneficiário(a)**

**Assinatura Declarante**

**Assinatura do(a) beneficiário(a)**

**1 - Testemunha**

**Assinatura do(a) beneficiário(a)**

**2 - Testemunha**

**Assinatura do(a) beneficiário(a)**

**Reconhecer firma de todas as assinaturas. O cônjuge caso seja um dos beneficiários também deverá ser relacionado. A declaração deve ser preenchida por um parente do segurado desde que não seja um dos beneficiários/testemunhas.**