**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS**

Eu     , portador do RG nº      , CPF nº      , de nacionalidade      , estado civil      , profissão      , pelo presente instrumento particular de Cessão de Direitos e na qualidade de beneficiário do Seguro de Vida em Grupo, relativo à apólice nº      , emitida pela SOMPO Seguros S.A., livre de qualquer tipo de coação ou vício, cedo a parte que me cabe da indenização do sinistro de vida nº      , em nome do(a) Sr(a).      , CPF nº      , RG nº      , ocorrido em   /  /    , em favor de:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Novo beneficiário** | **Quota-partes (%)** | **CPF** | **RG** | **Nascimento** | **Estado civil** | **Grau de parentesco** |
|  |  |  |  | /  / |  |  |
|  |  |  |  | /  / |  |  |
|  |  |  |  | /  / |  |  |
|  |  |  |  | /  / |  |  |

Referente a(s) cobertura(s):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Morte -M | Morte Acidental - MA | Auxilio Funeral |
| Despesas com a Rescisão Contratual - DRC | | Despesas Médicas Hospitalares e Odontológicas - DMHO |

O presente Termo de Cessão de Direitos possui caráter irrevogável e irretratável, em favor da pessoa cessionária acima identificada, no tocante ao pagamento da cobertura informada. Em razão disso, assumo total e exclusivamente a responsabilidade pela veracidade e completude das informações prestadas, bem como por supostos prejuízos causados a eventuais dependentes, herdeiros e/ou interessados que, porventura, possam vir a reclamar o pagamento da indenização do referido seguro junto à Sompo Seguros S.A."

(Preencher local e data),    de       de     .

**Declarante beneficiário cedente**

**Novo beneficiário cessionário 1 Novo beneficiário cessionário 2**

**Novo beneficiário cessionário 3 Novo beneficiário cessionário 4**

###### Testemunha 1 Testemunha 1

**Nome:** **Nome:**

**Observação:**

Reconhecer firma em cartório, de todas as assinaturas.