DECLARAÇÃO DE HERDEIROS

Eu,      , portador(a) do RG      , CPF     , estado civil Escolher um item., nacionalidade      , residente à      , declaro para os devidos fins sob pena de responsabilidade civil e criminal que o(a) segurado(a)      , faleceu em   /  /    , no estado civil de Escolher um item. , deixando 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) |

Declaro ainda, que a vítima:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  não deixou companheiro(a)  | [ ]  deixou companheiro(a)  | [ ]  não deixou filhos(as)  | [ ]  deixou filhos(as)  |

\*Preencher os dados abaixo, 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).       RG       CPF       desde   /  /    , 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.

**Assinatura do(a) beneficiário(a) 1 Local e data**

######

**Assinatura do(a) beneficiário(a) 2**

  **Assinatura Declarante**

**Assinatura do(a) beneficiário(a) 3**

 **1 - Testemunha**

**Assinatura do(a) beneficiário(a) 4**

 **2 - Testemunha**

**Assinatura do(a) beneficiário(a) 5**

**Observações importantes:**

\*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.