

## Declaração de Únicos Herdeiros

Declaro(amos) para os devidos fins e efeitos de direito e sob as penas da lei que sou(somos) o(s) único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s) do(a) segurado (a) \_\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, profissão \_\_\_\_\_, portador (a) do CPF \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_, Estado \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, faleceu em \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, tendo como únicos herdeiros legais os que abaixo firmam e chamam para si e solidariamente, a responsabilidade tanto na esfera administrativa como na judiciária, por eventuais herdeiros que possam surgir como beneficiários (as) deixado pelo (a) segurado (a) mencionado, junto à Liberty Seguros S/A.

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **Parentesco:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Deverão constar todos os beneficiários nesta declaração, caso haja mais beneficiários que os 6 campos acima, imprimir outra folha e colocar página 2.

### Testemunhas:

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

**Nome:** \_\_\_\_\_ **CPF:** \_\_\_\_\_ **RG:** \_\_\_\_\_

**Assinatura:** \_\_\_\_\_ **Local:** \_\_\_\_\_ **Data:** \_\_\_\_\_

Assinatura com Reconhecimento de Firma

Beneficiários não declarados ou apólice sem cartão proposta:					
1º	2º	3º	4º	5º	6º
50% cônjuge	Sem cônjuge	50% cônjuge	100% cônjuge	Sem cônjuge e filhos	Sem cônjuge, filhos e pais
50% filhos	100% filho	50% pais	Pais pré falecidos e sem filhos	100% pais	100% colaterais (1º irmãos, 2º tios, 3º sobrinhos e 4º primos)