

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)