

## DECLARAÇÃO

Eu (Nome de registro): \_\_\_\_\_

Eu (Nome social): \_\_\_\_\_

portador do nº de CPF: \_\_\_\_\_

declaro a quem interessar que abro mão da minha parte referente a indenização por morte deixada pelo(a) Sr(a).

Nome de registro do Segurado: \_\_\_\_\_

Nome social do Segurado: \_\_\_\_\_

Aos herdeiros:

Nome	Parentesco
Nome de registro:	
Nome social:	
Nome de registro:	
Nome social:	
Nome de registro:	
Nome social:	
Nome de registro:	
Nome social:	

Local: \_\_\_\_\_, Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

---

Assinatura do declarante (reconhecida em cartório)