

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)