

Esta autodeclaração deve ser preenchida apenas quando o(a) segurado(a) ou beneficiário(a) não tiver um comprovante de residência em seu nome. Caso tenha comprovante de residência em seu nome, **este formulário não precisa ser preenchido.**

Dados do(a) Segurado(a) ou Beneficiário(a)

| | | |
|--|---------------|-----|
| Nome: | CPF: | |
| Nome Social (É como a pessoa transgênero se identifica e é reconhecida na sociedade.): | | |
| Endereço Residencial: | Número: | |
| Bairro: | Cidade: | UF: |
| CEP: | Telefone: () | |

Declaração

Na falta de documentos para comprovação de residência, declaro, para os devidos fins, sob as penas da Lei, ser residente e domiciliado no endereço acima.

Proteção de dados pessoais

Ao preencher este documento, **reconheço e concordo** que os meus dados pessoais aqui descritos (bem como aqueles referentes aos dependentes menores de idade aqui relacionados) serão utilizados para os fins necessários ao pagamento da indenização do seguro de vida em grupo, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Caso você tenha dúvidas sobre **a proteção de dados pessoais**, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail: privacidade@generali.com.br.



Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em:

www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/

Estou de acordo com a Política de Privacidade.

_____, ____/____/____
(Local)

Assinatura do(a) Segurado(a),
Beneficiário(a), Declarante ou
Representante Legal