

Institui o código civil, Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Parágrafo único. Na falta das pessoas indicadas neste artigo, serão beneficiários os que provarem que a morte do segurado os privou dos meios necessários à subsistência.

NOME DO SEGURADO:	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
ESTIPULANTE/EMPRESA:	NÚMERO DA APÓLICE:	

Eu, abaixo identificado(a), venho pelo presente, declarar expressamente a Generali Brasil Seguros S/A , para fins de recebimento do capital segurado do Seguro de Vida em Grupo, sob pena de responder civil e criminalmente pelas informações prestadas, que a(s) pessoa(s) discriminadas a seguir, é(são) o(s) único(s) herdeiro(s) do segurado, estando ciente que, caso esta declaração não traduza a verdade, terei que ressarcir o valor recebido, sem prejuízo das penas a que estarei sujeito, por infração do Artigo 299, do Código Penal.

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura, local e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura, local e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura, local e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura, local e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura, local e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura, local e data		

Observação: Caso exista mais de sete herdeiros a serem relacionados, utilizar os espaços no verso deste documento.

IMPORTANTE: Este documento é ÚNICO, por singular força que representa, devendo ser preenchido e assinado por todos os herdeiros legais especificados acima. RECONHECER FIRMA PARA TODAS AS ASSINATURAS.

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		

Nome Completo:		Grau de Parentesco:
Nº DOC. Identificação:	Órgão Expedidor:	CPF:
Assinatura e data		