

### 1. TITULAR DA APÓLICE / POLICY HOLDER

Nome:

Name

Nº da Apólice:

Policy Nº

Endereço:

Address

Telefone:

Telephone

Email:

Email

### 2. DO FALECIDO / OF DECEASED

Favor marque com X - Please, mark with X

Era dependente:

Dependent

Era membro principal

Main Member

Nome:

Name

Grau de Parentesco:

Degree of Kinship

Data e Lugar de Nascimento:

Date and Place of Birth

Causas da Morte:

Causes of death

Data da Morte e lugar onde ocorreu:

Date of death and where it occurred

### 3. DECLARAÇÃO / DECLARATION

- Pelo presente declaro, por minha honra, que todas as informações fornecidas, são verdadeiras.  
*I hereby declare, on my honor, that all information provided is true.*
- Entendo e aceito que em caso de falsidade ou imprecisão das informações prestadas ou ainda, não junção da documentação solicitada, a presente participação será considerada nula, eximindo-se a seguradora de quaisquer responsabilidades sobre o sinistro.  
*I understand and accept that in case of falsity or inaccuracy of the information provided or even if the requested documentation is not included, this participation will be considered null, exempting the insurer from any responsibility for the claim.*
- Autorizo irrevogavelmente o Segurador para colectar, processar e compartilhar as informações aqui prestadas para efeitos de cumprimento de obrigações de compliance e/ou averiguações que entender pertinentes.  
*I irrevocably authorize the Insurer to collect, process and share the information provided here for the purpose of complying with compliance obligations and / or investigations that it deems pertinent.*

Assinatura:

Signature

Nome:

Name

Título:

Title

Data:

Date

Carimbo da Empresa:

Company Stamp