



## DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

**Tipo de Benefício: AUXÍLIO PELO FALECIMENTO DE ASSOCIADO**

Nome do Associado: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Identidade: \_\_\_\_\_

NOME DO BENEFICIÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	CPF	Contato	%

**DECLARO NÃO TER INTERESSE EM INDICAR BENEFICIÁRIOS: (\_\_\_).**

**Na ausência de declaração dos beneficiários o pagamento da indenização obedecerá ao disposto no art. 1.829, do Código Civil**

**IMPORTANTE:** O Associado poderá, a qualquer tempo, alterar o rol de indicados para o benefício, desde que formalize esta alteração junto à Força Invicta. O formulário anterior será descartado e será mantida a confidencialidade do documento.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e da minha inteira responsabilidade.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) associado(a)