



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)