

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204** ou **0800 0221206** (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)  
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações  
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

### INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:		CPF:	Data do óbito:	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		Teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos:      N° falecidos:	
Deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		

### DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.  
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

**Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo**

Nome completo:		CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	

**Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo**

Nome completo:		CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	

### Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

### TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:		2 - Nome completo:	
CPF:	Local/data:	CPF:	Local/data:
Assinatura:		Assinatura:	