

DECLARAÇÃO PARA REEMBOLSO DE DESPESAS DE FUNERAL

[Por favor anexe cópia do seu B.I.
e NIF ou Cartão do Cidadão e comprovativo
de NIB junto da CCAM ou outra instituição bancária]

Apólice n.º: _____

Nome do Dependente Falecido _____

Para o efeito de pagamento do capital seguro ao abrigo da Cobertura Complementar Despesas de Funeral referente à apólice supra indicada, declaro que sou o representante legal do dependente acima identificado.

Nome do completo do representante legal _____

Morada _____

Assinatura do Declarante _____

Assinatura do Segurado da apólice (Se diferente do representante legal) _____

Localidade _____

Data _____ - _____ - _____