

Declaração de Inexistência  
**de Indicação Beneficiária**



Para os devidos fins e efeitos, declaro que o segurado \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_, funcionário da empresa \_\_\_\_\_ (nome da empresa), inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, não deixou nenhum termo de indicação de beneficiários para seu seguro, contratado na seguradora MAPFRE Vida S.A.

Estou ciente de que, na falta de indicação beneficiária, a indenização do seguro será paga de acordo com as Condições Contratuais do Seguro.

Como representante legal da empresa, assumo a responsabilidade pelas informações prestadas.

Local/Data

---

Assinatura do Representante da Empresa

(carimbo com a função do assinante)

**Instrução:**

- Preencher em papel timbrado da empresa;