

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu (especificar nome completo), portador do RG (especificar número), CPF (especificar número), residente no endereço (rua, avenida, Nº, bairro), cidade _____, Estado _____, CEP _____, declaro que tenho a obrigatoriedade de fazer uma poliza de seguro "Assistência à viagem" que garante uma série de serviços e benefícios indispensáveis quando estou competindo fora do meu Estado ou no exterior.

Caso não adquira este produto, eximo a CBMFF / IFBB BRASIL de qualquer responsabilidade, assumo todas e quaisquer despesas caso tenha necessidade de serviços, benefício que teria se tivesse adquirido uma poliza de seguro.

_____, _____ de _____ de 2016

(Firma reconhecida em cartório)