

Nome do Produto			Nome do Estipulante		
Cia.	Ramo	Apólice	Nº Grupo	Certificado Nº	Início Vigência Alteração / /
Nome do Segurado				CPF Funcionário	Matrícula do Funcionário

Nota: A soma dos percentuais não poderá ultrapassar 100%. Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito à Cia. Na falta de indicação de beneficiários, a indenização será paga conforme determina a legislação em vigor.

Beneficiários

Nome	Data Nasc. / /	Grau de Parentesco	Participação %
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%

Quando o Segurado não for alfabetizado, deverá esta alteração ser firmada a rogo, assinando aqui dois outros segurados/ testemunhas no caso de Seguro Coletivo.

1) Nome:	RG:	Assinatura
2) Nome:	RG:	Assinatura

Declaro para os devidos fins, que os beneficiários indicados no presente formulário foram indicados de livre e espontânea vontade por mim na data da assinatura do presente.

Local e data	Assinatura Segurado
--------------	---------------------

Atenção! No caso do requerente ser o próprio segurado, assinatura deve ser idêntica a da proposta ou ter a firma reconhecida.

Enviar a documentação para 280 – GEASO / Gestão de documentos.

Atenção: o processo será devolvido se faltarem dados ou documentos.