

Termo de Nomeação ou Alteração de Beneficiário.

(preenchimento obrigatório do próprio punho pelo proponente do seguro)

Número de Apólice:

| Dados da Apólice | | | |
|--|--------------------|----------------|--------------------|
| Nome: | | | |
| Data de nascimento: | | CPF: | |
| Estipulante: | | | |
| Subestipulante: | | | |
| Nº de Certificado Individual: | | | |
| Designo como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) relacionada(s) abaixo: | | | |
| Nome | Data de Nascimento | % Participação | Grau de Parentesco |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| <p>Em caso de morte do cônjuge e/ou dos filhos menores o beneficiário será o segurado principal. A soma dos percentuais não pode ultrapassar 100%. Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito. Na falta de indicação ou se esta não prevalecer a indenização será paga em conformidade com a legislação em vigor.</p> | | | |
| Declaração do segurado | | | |
| <p>Pela presente, estou ciente da minha inclusão na apólice de seguro de pessoas contratada pelo Estipulante acima mencionado, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.</p> <p>Na qualidade de segurado titular nomeio, por meio deste formulário, como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) acima. Esclareço que tal opção atende meus interesses próprios e pessoais e, portanto deve ser boa, firme e valiosa para todos os fins e efeitos de direito, isentando a seguradora de qualquer responsabilidade decorrente desta nomeação.</p> | | | |
| Local e Data: | | | |
| Assinatura do Proponente: | | | |