

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)
DADOS DO(A) ESTIPULANTE

Apólice	Estipulante Postalís Inst. Prev. Complementar		
Segurado Principal			
Endereço do Segurado			Bairro
Cidade	UF	CEP	Telefone () -
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Estado Civil		Data de Nascimento / /
RG Nº	Órgão Expedidor	Data Expedição / /	CPF
Início de Vigência Das 24:00h do dia / /		Término de Vigência Conforme condições da apólice	

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Data Nasc.	Grau de Parentesco	% Indenização

 _____, ____/____/____
 Local e Data

 Assinatura do Proponente

OBSERVAÇÕES

As Condições Gerais, Especiais e Particulares, parte integrante do referido contrato, encontram-se à disposição do Segurado junto ao Estipulante da apólice.

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A Liberty Seguros disporá de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento desta Proposta na Filial para decidir-se pela sua aceitação. Em caso de não-aceitação, o prêmio eventualmente adiantado/pago será devolvido corrigido monetariamente.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

DADOS DO CORRETOR

Vendedor:	Corretor: Seguros do Brasil Cons. e Cor. de Seguros	Estab.99024814/0003	Filial: Brasília
-----------	---	---------------------	------------------