

**FORMULÁRIO DE COMPLEMENTAÇÃO  
OU ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**

Este formulário destina-se à:  **COMPLEMENTAÇÃO**  **ALTERAÇÃO**  **INDICAÇÃO**

**Planos Individuais**

Matrícula	Proposta(s) de Inscrição
-----------	--------------------------

**Planos Coletivos**

Nome do Estipulante ou Subestipulante	Contrato	Proposta/Certificado
---------------------------------------	----------	----------------------

**DADOS DO SEGURADO**

Nome Completo		CPF <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
Natureza do Documento de Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição

<sup>1</sup>No caso de Proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação.

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

Nome Completo	Data de Nascimento	Plano	Parentesco <sup>2</sup>	Participação <sup>3</sup>	Tipo <sup>4</sup>
1				%	
2				%	
3				%	
4				%	
5				%	
6				%	
7				%	
8				%	
9				%	
10				%	
11				%	
12				%	
13				%	
14				%	
15				%	

<sup>2</sup> A - Avô(ó); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

<sup>3</sup> O percentual de participação deve totalizar 100% por plano indicado. <sup>4</sup> Preencher este campo apenas para o plano PPC, códigos 15 e 18: indicar T - Beneficiário Temporário ou V - Beneficiário Vitalício.

Solicito providenciar, a partir desta data, a complementação ou alteração dos meus beneficiários, nos respectivos planos, conforme minha opção e os dados preenchidos acima. Estou ciente de que a opção "COMPLEMENTAÇÃO" será utilizada apenas em caso de insuficiência de espaço para a listagem dos beneficiários. Tenho ciência, ainda, que a opção "ALTERAÇÃO" acarretará a substituição dos beneficiários apenas dos planos indicados, permanecendo inalteradas quaisquer outras indicações existentes para outros planos, não citadas neste documento. Estou ciente que a opção "INDICAÇÃO" será utilizada apenas em caso de não preenchimento de Proposta de Adesão Individual, quando da inclusão no Seguro de Pessoas Coletivo. Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras para os devidos fins legais.

Local e Data

Assinatura do Segurado

Dezembro/2017 - F014