

# Formulário de inclusão e/ou alteração de dados cadastrais

Seguro de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivo



Produto:

Vida em Grupo

Acidentes Pessoais Coletivo

Apólice n°:

## Dados do Estipulante

Estipulante: \_\_\_\_\_

## Dados do Segurado do Titular

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ | Certificado n°: \_\_\_\_\_

## Solicitação

Solicito providenciarem a(s) alteração(ões) abaixo:

1.  O meu nome (segurado) para: \_\_\_\_\_

2.  Data do meu nascimento para: \_\_\_\_\_ | 3.  Estado Civil para: \_\_\_\_\_

4.  O(s) meu(s) beneficiário(s) passa(m) a ser o(s) seguinte(s):

A divisão será proporcional e com reversão entre si, a menos que seja indicado o percentual de distribuição desejado. Na hipótese de não indicação do beneficiário, o capital segurado será pago de acordo com os artigos 792 e 1.829 do Código Civil Brasileiro.

Nome	Parentesco	% da Participação	Data de Nascimento

Local: \_\_\_\_\_ | Data: \_\_\_\_\_ | Assinatura do Segurado: \_\_\_\_\_