

# Termo de Nomeação

e/ou Alteração de Beneficiário



Nome \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Estipulante/Subestipulante \_\_\_\_\_

Nº de Apólice \_\_\_\_\_

Nome Completo	% de participação	Grau de parentesco

Os titulares do seguro deverão manifestar livremente sua vontade na indicação de seus beneficiários, observadas as restrições legais. Na falta de indicação do beneficiário, a indenização do seguro será paga de acordo com a legislação vigente.

Se um dos beneficiários indicados vier a falecer antes dos demais indicados, a parte que caberia ao beneficiário morto reverterá em favor dos demais indicados, na proporção dos percentuais indicados pelo segurado.

## DECLARAÇÃO DO SEGURADO

Na qualidade de segurado, nomeio, por meio deste formulário, como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) acima. Esclareço que tal indicação atende meus interesses próprios e pessoais e, portanto, deve ser considerada boa, firme e valiosa para todos os fins e efeitos de direito, isentando a Seguradora de qualquer responsabilidade.

Local e Data \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Não retornar este termo à Cia de Seguros, mantê-lo no RH da empresa.