

FORMULÁRIO DE COMPLEMENTAÇÃO
OU ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

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

☐ Planos Individuais
Matrícula

Proposta(s) de Inscrição

☐ Planos Coletivos
Nome do Estipulante ou Subestipulante

Contrato

Proposta/Certificado

DADOS DO SEGURADO

Nome Completo

CPF¹

☐ Titular
☐ Dependente

Natureza do Documento de Identificação

Número

Órgão Expedidor

Data de Expedição

¹No caso de Proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

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

² A - Avô(ô); 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

³O percentual de participação deve totalizar 100% por plano indicado. ⁴ 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. Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras para os devidos fins legais.