



Zurich Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivos

Termo de Indicação ou Alteração de Beneficiário

1 Informações cadastrais

Nome

CPF

Nº de Apólice

Estipulante/Subestipulante

Nº de Certificado Individual

☐ 1ª Opção - Indico como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) relacionada(s) abaixo:

Nome	%participação	Grau de parentesco

☐ 2ª Opção - Na ausência de designação específica de beneficiários, declaro estar ciente de que a indenização será paga conforme segue:

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.

Nota: O segurado, desde que tenha exercido esta opção, será automaticamente enquadrado nesta cláusula, sem que seja necessário novo preenchimento deste formulário, quando se alterar seu estado civil.

2 Declaração do segurado

Pela presente, estou ciente da minha inclusão na apólice de seguro de pessoas contratada pelo Estipulante acima mencionado, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. Na qualidade de segurado, nomeio, por meio deste formulário, como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) conforme a opção assinalada acima. Esclareço que tal opção 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, mesmo no decorrente da nomeação indicada.

Local

Assinatura

Data