

INDICAÇÃO**ALTERAÇÃO**

Nome do segurado: _____ CPF: _____

OBSERVAÇÕES

1. O segurado é livre para, a qualquer tempo designar ou alterar os beneficiários. Será considerada a última indicação ou alteração de beneficiários, feita pelo Segurado e recebida pela Angelus Seguros, antes do pagamento da indenização. Caso a Seguradora não tenha recebido formulário devidamente preenchido e assinado pelo segurado, realizando ou alterando a indicação, efetuará o pagamento de acordo com a última informação efetivamente recebida, conforme estabelece o § 1º do Art. 791 do Código Civil.
2. Não será aceita indicação ou alteração de beneficiários por meio de procuração.
3. A coluna "% de participação" deve totalizar 100%.

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário: _____

CPF: _____ Data do Nasc: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____ % Particip. _____

Nome do Beneficiário: _____

CPF: _____ Data do Nasc: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____ % Particip. _____

Nome do Beneficiário: _____

CPF: _____ Data do Nasc: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____ % Particip. _____

Nome do Beneficiário: _____

CPF: _____ Data do Nasc: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____ % Particip. _____

Nome do Beneficiário: _____

CPF: _____ Data do Nasc: ____/____/____ Grau de Parentesco: _____ % Particip. _____

ATENÇÃO! CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA BENEFICIÁRIOS INDICADOS MENOR DE IDADE.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento da indicação do beneficiário do seguro, podendo compartilhar tais dados com terceiros com quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de cadastro de beneficiários do seguro.

_____, _____ de _____ de _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

_____, _____ de _____ de _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO