



Associação de
Benefícios e
Convênios

SINDFILANTRÓPICAS
Sindicato dos Empregados em Instituições Beneficentes, Religiosas, Filantrópicas e Organizações não Governamentais do Estado do Rio de Janeiro

Termo de Nomeação e/ou Alteração de Beneficiário

Nome _____ CPF _____

Estipulante/Subestipulante _____

Nº de Apólice _____

Nome Completo

% de
participação

Grau de
parentesco

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.