

Assinale apenas uma das opções:

<input type="checkbox"/> Previdência	<input type="checkbox"/> Seguro de Vida
---	--

Instruções para Preenchimento

- Esse formulário deve ser preenchido para designar e/ou alterar os beneficiários do plano contratado;
- Em caso de preenchimento incorreto ou incompleto, o formulário não será acatado e será(ão) mantido(s) o(s) beneficiário(s) indicado(s) anteriormente. Caso ainda não tenha(m) sido indicado(s), o(s) beneficiário(s) será(ão) o(s) definido(s) pela legislação vigente na data do evento.

Dados do Cliente

Nome Completo		CPF	
Tel ()	Cel ()	E-mail	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP

Dados do(s) Beneficiário(s)



Assinale a opção de alterar TODOS os certificados atrelados ao seu CPF ou alterar POR CERTIFICADO contratado.

- O somatório dos percentuais de participação deverá ser 100%
- No Campo de Afinidade indicar grau de relacionamento (amigo, companheiro, etc) ou parentesco com o beneficiário indicado. Para indicar beneficiários adicionais, anexar uma carta com os dados, bem como os dados dos beneficiários ou um novo formulário de "Alteração de Beneficiários".

Assinale a opção desejada:

Alterar os dados abaixo em **TODOS** os certificados/apólices ou propostas atreladas ao meu CPF.

Alterar os dados apenas nos certificados/apólices ou propostas **INDICADAS** abaixo.

Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) que deseja alterar:

Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %

Alterar os dados apenas nos certificados/apólices ou propostas INDICADAS abaixo:			
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) que deseja alterar:			
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %

Alterar os dados apenas nos certificados/apólices ou propostas INDICADAS abaixo:			
Indique o(s) número(s) do(s) certificado(s)/apólice(s) ou proposta(s) que deseja alterar:			
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %
Nome Completo	Data de Nascimento	Afinidade	Participação em %

Tenho ciência de que a Icatu Seguros S/A irá considerar a designação dos beneficiários acima indicados somente após o protocolo deste formulário na seguradora.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Cliente



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF
Tel ()	Cel ()	Grau de Afinidade/Parentesco <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____