

<b>Nome do Produto</b>			<b>Nome do Estipulante</b>		
Seguro de Pessoas Coletivo			SUPRE - Fundação de Suplementação Previdenciária		
<b>Cia.</b>	<b>Ramo</b>	<b>Apólice</b>	<b>Nº Grupo</b>	<b>Certificado Nº</b>	<b>Início Vigência Alteração</b>
SulAmérica	Seguros				01 / 12 / 21
<b>Nome do Segurado</b>				<b>CPF Funcionário</b>	<b>Matrícula do Funcionário</b>

**Nota: A soma dos percentuais não poderá ultrapassar 100%. Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito à Cia. Na falta de indicação de beneficiários, a indenização será paga conforme determina a legislação em vigor.**

### Beneficiários

Nome	Data Nasc.	Grau de Parentesco	Participação %
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%

**Quando o Segurado não for alfabetizado, deverá esta alteração ser firmada a rogo, assinando aqui dois outros segurados/ testemunhas no caso de Seguro Coletivo.**

<b>1) Nome:</b>	<b>RG:</b>	<b>Assinatura</b>
<b>2) Nome:</b>	<b>RG:</b>	<b>Assinatura</b>

**Declaro para os devidos fins, que os beneficiários indicados no presente formulário foram indicados de livre e espontânea vontade por mim na data da assinatura do presente.**

<b>Local e data</b>	<b>Assinatura Segurado</b>

**Atenção!** No caso do requerente ser o próprio segurado, assinatura deve ser idêntica a da proposta ou ter a firma reconhecida.

Enviar a documentação para 280 – GEASO / Gestão de documentos.

**Atenção: o processo será devolvido se faltarem dados ou documentos.**