

PEDIDO DE SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

VIDA INDIVIDUAL E/OU ACIDENTES PESSOAIS - VI/AP

VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO - VG/APC

ESTIPULANTE (Preencher somente para seguro de Vida em Grupo E/OU Acidentes Pessoais Coletivos)

SEGURADO	C.P.F.	APÓLICE APC	APÓLICE VG
----------	--------	-------------	------------

ENDEREÇO

E-MAIL	(DDD) TELEFONE CELULAR
---------------	-------------------------------

ITEM (CERTIFICADO)	Nº MATRÍCULA SOCIAL	Nº LOCAL DE DESCONTO
--------------------	---------------------	----------------------

EMPRESA/ÓRGÃO DE DESCONTO (Preencher somente para seguro de Vida em Grupo E/OU Acidentes Pessoais Coletivos)	CORRETOR
--	----------

CERTIFICADO (Preencher somente para seguro de Vida Individual E/OU Acidentes Pessoais)	CORRETOR
--	----------

BENEFICIÁRIOS

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	%

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS) FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO ABAIXO.

DECLARO QUE A PARTIR DESTA DATA, OS BENEFICIÁRIOS DO MEU SEGURO DE VIDA, PASSAM A SER OS DESCRITOS ACIMA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

QUANDO O SEGURADO FOR ANALFABETO, NO LUGAR DE ASSINATURA DEVERÃO CONSTAR A POSIÇÃO DE SUA IMPRESSÃO DIGITAL E O CARIMBO E VISTO DO ESTIPULANTE.

Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades) SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) Site: www.portoseguro.com.br

00811.16.01.1 - JUL/12



PEDIDO DE SUBSTITUIÇÃO DE BENEFICIÁRIO

VIDA INDIVIDUAL E/OU ACIDENTES PESSOAIS - VI/AP

VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO - VG/APC

ESTIPULANTE (Preencher somente para seguro de Vida em Grupo E/OU Acidentes Pessoais Coletivos)

SEGURADO	C.P.F.	APÓLICE APC	APÓLICE VG
----------	--------	-------------	------------

ENDEREÇO

E-MAIL	(DDD) TELEFONE CELULAR
---------------	-------------------------------

ITEM (CERTIFICADO)	Nº MATRÍCULA SOCIAL	Nº LOCAL DE DESCONTO
--------------------	---------------------	----------------------

EMPRESA/ÓRGÃO DE DESCONTO (Preencher somente para seguro de Vida em Grupo E/OU Acidentes Pessoais Coletivos)	CORRETOR
--	----------

CERTIFICADO (Preencher somente para seguro de Vida Individual E/OU Acidentes Pessoais)	CORRETOR
--	----------

BENEFICIÁRIOS

NOME	DATA DE NASCIMENTO	PARENTESCO	%

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS) FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO ABAIXO.

DECLARO QUE A PARTIR DESTA DATA, OS BENEFICIÁRIOS DO MEU SEGURO DE VIDA, PASSAM A SER OS DESCRITOS ACIMA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO

QUANDO O SEGURADO FOR ANALFABETO, NO LUGAR DE ASSINATURA DEVERÃO CONSTAR A POSIÇÃO DE SUA IMPRESSÃO DIGITAL E O CARIMBO E VISTO DO ESTIPULANTE.

Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades) SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) Site: www.portoseguro.com.br

00811.16.01.1 - JUL/12