Bradesco
Vida e Previdência

SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIO(S)– SEGURO PESSOAS - SAB

APÓLICE Nº 854.188

DADOS DO SEGURO

Estipulante
ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS EMPREGADOS DA CONAB - ASNAB

Sub-Estipulante

Segurado

ALTERAR BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) NOME	PARENTESCO	% PARTICIPAÇÃO

Declaro estar ciente que este aviso substitui e torna sem efeito a cláusula beneficiária que consta da apólice acima mencionada, bem como quaisquer outros avisos emitidos anteriormente nesse sentido, relativos à mesma apólice.

Data	Assinatura do Proponente

Segurado Analfabeto

Quando o Segurado for analfabeto será necessário que outros dois Segurados, pela mesma apólice de Seguro de Pessoas, assinem este formulário, na qualidade de testemunhas e, ainda, conter a assinatura do Estipulante.

Testemunha:	Testemunha:
Nome e CPF: _____	Nome e CPF: _____
Assinatura: _____	Assinatura: _____

Assinatura do Estipulante