

Formulário de Indicação de Beneficiários



Estipulante

PASI Serviços e Benefícios S.A.

CNPJ 58.086.880/0001-40

Subestipulante

Nome: _____ CNPJ / CPF: _____
Endereço: _____

Segurado

Nome: _____ CPF: _____

Nome Completo do(s) Beneficiário(s)	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Participação %
	____ / ____ / ____			
	____ / ____ / ____			
	____ / ____ / ____			
	____ / ____ / ____			
	____ / ____ / ____			
	____ / ____ / ____			

Os Beneficiários do seguro são designados livremente, podendo ser modificados a qualquer momento. Na falta de beneficiário designado ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a indicação feita, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

Declaração do Segurado

1. Na qualidade de Segurado, nomeio, por meio deste formulário, como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) conforme opção assinalada acima. Esclareço que tal opção atende meus interesses próprios e pessoais e, portanto, deve ser considerada de boa fé, sem coação, firme e valiosa para todos os fins e efeitos de direito, isentando o Estipulante PASI Serviços e Benefícios S.A. e a Seguradora Garantidora de qualquer responsabilidade, mesmo no decorrente da nomeação indicada.
2. Declaro estar ciente que este formulário de "Indicação de Beneficiário" substitui e torna sem efeito quaisquer outros documentos, formulários e avisos emitidos anteriormente nesse sentido por mim, relativos à mesma apólice de seguro.
3. Pelo presente, estou ciente de que todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice de seguro contratada pelo Subestipulante deverão ser encaminhadas diretamente ao Estipulante PASI Serviços e Benefícios S.A. que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação junto a Seguradora.

Assinatura do Segurado

Local

Data

Nome Legível do Segurado:

RG:

Preencha e assine este documento, envie uma cópia digitalizada para o e-mail beneficiarios@pasi.com.br
Ou faça a indicação diretamente pelo aplicativo do Seguro PASI.