

FORMULÁRIO PARA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE SEGURO DE VIDA

DADOS DO SEGURADO

Nome:

CPF:

Número de proposta:
(Preenchimento Obrigatório)

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome Completo dos Beneficiários	Vínculo* (Grau de Relacionamento)	CPF	% de Indenização**

* A indicação nominal prevalece sobre o vínculo

**A soma dos percentuais deverá ser sempre igual a 100%

No caso de falecimento do beneficiário antes do segurado, a sua cota parte será revertida a favor dos demais beneficiários indicados, respeitada a proporcionalidade de cada um, de forma a preservar a manifestação de vontade do segurado.

Favor encaminhar o formulário devidamente preenchido, juntamente com uma cópia ou imagem de seu documento de identidade para o e-mail atendimento@bbseguros.com.br.

Para informações detalhadas sobre o produto e regras de beneficiários, consulte as condições gerais de seu seguro disponível no site www.bbseguros.com.br.

Em caso de dúvida, ligue para nossa Central de Atendimento ao Cliente 0800 729 7000, para Central de Atendimento aos Deficientes Auditivos e de Fala 0800 962 7373.

Data

Assinatura do Segurado

www.bbseguros.com.br