



<b>Tipo de Movimentação:</b>		<input type="checkbox"/> Alteração de dados cadastrais		<input type="checkbox"/> Indicação de Beneficiários		
Estipulante			N.º Apólice		Vigência Pretendida De Até	
<b>INFORMAÇÕES DO PROPONENTE</b>						
Proponente Principal				Matrícula		
Tipo de Vínculo entre Estipulante e Segurados					E-mail	
<input type="checkbox"/> Empregatício <input type="checkbox"/> Prestação de Serviços <input type="checkbox"/> Associativo/Sindical <input type="checkbox"/> Comercial <input type="checkbox"/> Exclusivamente Securitário						
CPF	Identidade	Órgão Exp.	Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Profissão/Função
Endereço Residencial				Número	Complemento	
Bairro		Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone	
Indique o nome do Cônjuge/Companheiro(a) caso deseje incluí-lo(a) no seguro						
CPF	Identidade	Órgão Exp.	Data Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil	Profissão/Função

<b>INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS</b>					
Solicito à <b>Generali Brasil Seguros</b> , de livre e espontânea vontade, que registre os Beneficiários abaixo indicados para fins de recebimento de eventual indenização proveniente meu seguro, garantido através da(s) apólice(s) de seguro acima informada(s):					
<b>BENEFICIÁRIOS (o Beneficiário do cônjuge, quando incluído no seguro, será sempre o Segurado Principal)</b>					
<b>Nome Completo</b>				<b>Grau de Parentesco*</b>	<b>Percentual (%)</b>

\*Grau de parentesco: 1=Cônjuge; 2=Companheiro; 3= Filho(a) Enteadado(a); 4=Outros (especificar).

Local e data	Assinatura do Segurado	Assinatura do Estipulante
--------------	------------------------	---------------------------

**ATENÇÃO: NÃO SERÃO ACEITOS FORMULÁRIOS RASURADOS**