



Tipo de Movimentação:		<input type="checkbox"/> Alteração de dados cadastrais		<input type="checkbox"/> Indicação de Beneficiários		
Estipulante			N.º Apólice		Vigência Pretendida De Até	
INFORMAÇÕES DO PROPONENTE						
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

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Solicito à **Generalí do Brasil - Companhia Nacional de Seguros**, 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):

BENEFICIÁRIOS (o Beneficiário do cônjuge, quando incluído no seguro, será sempre o Segurado Principal)		
Nome Completo	Grau de Parentesco*	Percentual (%)

*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