



FORMULÁRIO DE DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Eu, _____, segurado inscrito no CPF _____ e data de nascimento ____/____/____, solicito

Inclusão de beneficiários Alteração de beneficiários

Beneficiários do Segurado Principal:

Nome:	Data de Nascimento:	Parentesco:	(%)*

* O somatório dos percentuais não poderá ser superior a 100%.

Na ausência de indicação do(s) beneficiário(s), a indenização seguirá a previsão legal do Código Civil. A presente indicação de beneficiários somente terá validade após assinatura do proponente/segurado e a sua efetiva disponibilização à seguradora.

(Cidade), _____ de _____ de _____

Assinatura de Proponente

Seguro Viagem comercializado por SCHULTZ-INGÁ TURISMO LTDA (CNPJ: 04.628.135/0001-57) e garantido por American Life Companhia de Seguros (CNPJ: 67.865.360/0001-27) através do Processo SUSEP 15414.901206/2016-30 - Corretora de Seguros: STZ Corretora de Seguros Ltda - CNPJ: 12.353.171/0001-83 - Registro SUSEP: 10.0688185. A aprovação deste plano pela SUSEP não implica, por parte da Autarquia, em incentivo ou recomendação a sua aquisição ou comercialização.