



## Termo de nomeação e/ou alteração de beneficiário

Nome		Nº CPF/CNPJ	
Endereço Residencial Completo			
CEP	Cidade I UF	Bairro	
T elefone	Celular	E-mail	

Autorizo, na qualidade de Pessoa Física e/ou Jurídica, que seja realizado em favor do(a) \_\_\_\_\_ Sr.(a) portador do CPF/CNPJ Nº \_\_\_\_\_ O pagamento no valor de R\$ \_\_\_\_\_

referente a indenização, realizada através do sinistro do Segurado(a) Sinistrado(a) \_\_\_\_\_,

Desta forma, este documento é de caráter irrevogável e irretroatável nos termos da Lei.

Estou ciente que, caso esta declaração não seja verdadeira, terei que ressarcir à Seguradora os prejuízos decorrentes, nos termos da Lei.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Segurado