

Formulário de Indicação de Beneficiário(s)e/ou pedido de alterações

Eu _____ portador(a)do
CPF _____ indico a(s)pessoa(s)abaixo como meu(s)
beneficiário(s) de **Seguro de vida** incluso no meu plano assistencial junto a
Unimed-BH.

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Nº	NOME DO BENEFICIÁRIO	GRAU DE PARENTESCO	% DE PARTICIPAÇÃO

PEDIDO DE ALTERAÇÕES

1- MUDANÇA DE BENEFICIÁRIO(S)		

_____ de _____ 20__.

Assinatura com reconhecimento de firma