

# Formulário de Indicação de Beneficiários



## Estipulante

Clube PASI de Seguros  
CNPJ 38.727.707/0001-77

## Seguradora

Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.  
CNPJ 02.102.498/0001-29

## Subestipulante

Nome:  CNPJ / CPF:   
Endereço:

## Segurado

Nome:  CPF:

Nome Completo do(s) Beneficiário(s)	Data de Nascimento	CPF	Grau de Parentesco	Participação %
	__ / __ / ____			
	__ / __ / ____			
	__ / __ / ____			
	__ / __ / ____			
	__ / __ / ____			
	__ / __ / ____			

Os Beneficiários do seguro são designados livremente, podendo ser modificados a qualquer momento. Na falta de beneficiário designado ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a indicação feita, a indenização será paga de acordo com a legislação em vigor.

## Declaração do Segurado

- Na qualidade de Segurado, nomeio, por meio deste formulário, como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) conforme opção assinalada acima. Esclareço que tal opção atende meus interesses próprios e pessoais e, portanto, deve ser considerada de boa fé, sem coação, firme e valiosa para todos os fins e efeitos de direito, isentando o Estipulante Clube PASI e a Seguradora Garantidora de qualquer responsabilidade, mesmo no decorrente da nomeação indicada.
- Declaro estar ciente que este formulário de "Indicação de Beneficiário" substitui e torna sem efeito quaisquer outros documentos, formulários e avisos emitidos anteriormente nesse sentido por mim, relativos à mesma apólice de seguro.
- Pelo presente, estou ciente de que, todas as comunicações ou avisos inerentes à apólice de seguro contratada pelo Subestipulante deverão ser encaminhadas diretamente ao Estipulante Clube PASI de Seguros que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação junto a Seguradora.

Assinatura do Segurado

Local

Data

Nome Legível do Segurado:

RG:

Preencha e assine este documento, envie uma cópia digitalizada para o e-mail [beneficiarios@pasi.com.br](mailto:beneficiarios@pasi.com.br) ou para o WhatsApp do Departamento de Sinistros: (31) 98413-3660. Envie o formulário original diretamente para o Clube PASI de Seguros: Av. Carandaí, 193 - Funcionários. CEP: 30130-064 - Belo Horizonte / MG.