

Leia atentamente as instruções abaixo e preencha corretamente o formulário.

1 - Cabeçalho: preenchimento obrigatório de todos os campos

2 - Campo Nome dos Beneficiários (preenchimento obrigatório)

- Não há restrições quanto a quantidade de beneficiários a serem indicados. Você poderá indicar como seu beneficiário qualquer pessoa ou até mesmo Entidade juridicamente constituída.
- Em ambos os casos, indicar o endereço de contato (de um dos beneficiários ou da Entidade), no campo existente na parte inferior deste formulário, inclusive CNPJ da Entidade.
- Se o empregado (a) for oficialmente casado (a), não poderá indicar outra (o) companheira (o) como beneficiária, por ex.: namorada (o), amásias, amantes, concubina (o). Este tipo de alteração só poderá ser processado se o mesmo apresentar cópia da averbação da separação (divórcio ou desquite).
- A indicação de filho(s) independe deste(s) ser (em) ou não da mesma união (não há restrições quanto a idade ou estado civil para indicação).
- Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, será aplicado o Art. 792 do Código Civil Brasileiro

3 - Campo % Participação do Beneficiário no Seguro (preenchimento opcional)

Se desejar, indique o percentual da indenização a ser pago a cada beneficiário, cujo total não ultrapasse 100%. No caso de não se indicar os percentuais, a indenização será dividida em partes iguais.

4 - Campo Parentesco (preenchimento obrigatório)

Relacionar o parentesco com o(s) beneficiário(s) indicado(s) (exemplo: esposa, filho, pai, mãe, tia, amigo, etc...).

5 - Campo Complementação dos Beneficiários (preenchimento opcional)

Poderá ser utilizado para indicação de outros beneficiários, como por exemplo:

Na falta, os filhos do casal; na falta, os filhos do segurado; na falta, os pais do segurado; na falta, os irmãos do segurado; na falta da esposa, os pais do segurado; na falta de "fulano de tal", etc.

6 - Local/Data/Assinatura: preenchimento obrigatório de todos os campos.

Qualquer dúvida contatar: **GF/RP- SA/02/A2** - Telefones: 3506-3360 ou 3506-4725 ou SIT 98-3360, 98-4725.

Nome do Proponente (empregado):						
Data de Admissão:		Data de Nascimento:				
Matrícula Cemig:						
Seus contatos particulares (telefones e e-mail):						
Estipulante: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Cemig Distribuição</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Cemig Geração e Transmissão</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Cemig Holding</td> </tr> </table>				Cemig Distribuição	Cemig Geração e Transmissão	Cemig Holding
Cemig Distribuição	Cemig Geração e Transmissão	Cemig Holding				
Seq.	Nome e Contato dos Beneficiários	%	Parentesco			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
CNPJ (Apenas para Entidades):						
Na falta:						

Pelo presente autorizo a inclusão do meu nome na Apólice de Seguro de Vida em Grupo contratado pelo estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alterações de todas as cláusulas das condições gerais e especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato, serem encaminhadas diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado, que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão o direito de cancelar o seguro aqui proposto e nem a reduzir a minha importância segurada no decorrer de sua vigência, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora. Declaro para todos os fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, de acordo com ART. 1444 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderei o direito ao valor do seguro. **Tenho ciência de que esta indicação de beneficiários cancela a indicação anterior, e somente será considerada após a entrega da via original deste formulário na GF/RP.**

Local e data

Assinatura do Proponente