

Termo de Nomeação e/ou Alteração de Beneficiário

MetLife®



Nome: _____ CPF: _____

Estipulante/Subestipulante: **Associação Sabesp**

Nº de Apólice: **57.171** Nº de Matrícula: _____

Nome Completo	% de participação	Grau de parentesco

Os titulares do seguro deverão manifestar livremente sua vontade na indicação de seus beneficiários, observadas as restrições legais. Na falta de indicação do beneficiário, a indicação do seguro será paga de acordo com a legislação vigente.

Se um dos beneficiários indicados vier a falecer antes dos demais indicados, a parte que caberia ao beneficiário morto reverterá em favor dos demais indicados, na proporção dos percentuais indicados pelo segurado.

DECLARAÇÃO DO SEGURADO

Na qualidade de segurado, nomeio, por meio deste formulário, como meu(s) beneficiário(s) a(s) pessoa(s) indicada(s) acima. Esclareço que tal indicação atende meus interesses próprios e pessoais e, portanto, deve ser considerada boa, firme e valiosa para todos os fins e efeitos de direito, isentando a Seguradora de qualquer responsabilidade.

Local e Data _____ Assinatura _____

Não retonar este termo à Metlife, encaminhá-lo à Associação Sabesp.

**Para mais informações ligue
para Associação SABESP:**

0800 771 2816

Para acionar os serviços ligue para Central de Atendimento Associação SABESP sempre ao seu lado

11 3147 5962

Para informações sobre seu seguro ligue para Associação SABESP Departamento de Seguros

Processo SUSEP nº 15.414.006.580/98-87 (VG), nº 15.414.006.581/98-40 (AP)
O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
C.N.P.J. 02.102.498/0001-29 - Cód.: 06.019.00009-ago/10

“Produtos e Serviços oferecidos pela Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A., Afiliada à MetLife, Inc., (MetLife).”

Seguro Administrado por:



MetLife®

Metropolitan Life Seguros e Previdência Privada S.A.
Av. Engº Luis Carlos Berrini, 1.253
04571-010 - São Paulo - SP - Brasil
www.metlife.com.br