

DECLARAÇÃO DE COBERTURA DE SEGURO DE VIDA
SEGURO DE VIDA – deve ser preenchido manuscrito pelo Trabalhador

Eu,.....Reconheço que fui informado(a) sobre os Termos e Condições da Apólice de Seguro de Vida em Grupo.

Estou ciente de que em caso de Morte será pago o **Capital Seguro aos beneficiários abaixo declarados** e em caso de Invalidez Permanente Total ser-me-á pago o **Capital Seguro**.

Confirmo que o (s) beneficiário (s) desta apólice é/são os seguintes:

Nome Completo	Número de Identificação	Grau de Parentesco	Percentagem (%)

Concordo que esta confirmação seja parte integrante da Apólice de Seguro de Vida em Grupo.

Assinatura do Trabalhador