

## ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Visto/Carimbo do Empregado do P.A.

Data recebimento na Sede da FHE

Data da Alteração




CPF

Matrícula FAM



Nome

Na qualidade de segurado principal integrante de apólice de seguro vinculada ao FAM, conforme Contrato de Adesão, indico abaixo o(s) novo(s) beneficiário(s) do referido Seguro de Vida em Grupo.

Declaro estar ciente de que esta modificação somente entrará em vigor 24 horas após ter sido protocolada pela FHE, em sua Sede, em Brasília-DF.

Assim, indico a seguir o(s) beneficiário(s) e respectiva(s) participação(ões) no valor da indenização do seguro, ficando sem efeito, para todos os fins de direito, a(s) indicação(ões) feita(s) anteriormente.

Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Nome do Beneficiário

Parentesco

Participação (%)




Endereço

Bairro

Cidade

UF

CEP





E-mail

Telefone para contato



LOCAL E DATA

ASSINATURA



**Importante: a assinatura deve ser a mesma da Cédula de Identidade. Encaminhar cópia do documento. O formulário não poderá conter rasuras ou emendas.**

DOBRE AQUI



---

# **CARTA RESPOSTA**

## **NÃO É NECESSÁRIO SELAR**

---

**O SELO SERÁ PAGO POR**



**Fundação  
Habitacional  
do Exército**

**AC RODOVIÁRIA  
70089-970 - BRASÍLIA-DF**

DOBRE AQUI