

FUNDO DE APOIO À MORADIA - FAM

ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

FORMULÁRIO



Visto/Carimbo do empregado do P.A.	Data de recebimento na sede da FHE	Data da alteração	Matrícula FAM
Nome do segurado			CPF do segurado
Endereço do segurado			
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail do segurado			Telefone para contato ()

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		Participação (%)
Parentesco	E-mail do beneficiário	Telefone para contato
Nome do beneficiário		Participação (%)
Parentesco	E-mail do beneficiário	Telefone para contato
Nome do beneficiário		Participação (%)
Parentesco	E-mail do beneficiário	Telefone para contato
Nome do beneficiário		Participação (%)
Parentesco	E-mail do beneficiário	Telefone para contato
Local e data		Assinatura do segurado

Observações importantes:

- O formulário não pode ter rasuras ou emendas.
- Esse documento deverá ser assinado presencialmente em nossos Pontos de Atendimento ou assinado digitalmente e enviado para atendimento@poupex.com.br.
- A assinatura precisa ser a mesma da cédula de identidade.
- É preciso encaminhar também cópia da identidade.

Teleatendimento ao Cliente: 0800 061 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Fundação Habitacional do Exército (FHE)

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902 - Brasília/DF