

# FUNDO DE APOIO À MORADIA - FAM

## ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

### FORMULÁRIO



Visito/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

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