

FORMULÁRIO DE COMPLEMENTAÇÃO  
OU ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Este formulário destina-se à:  COMPLEMENTAÇÃO  ALTERAÇÃO  INDICAÇÃO

Planos Individuais

Matrícula	Proposta(s) de Inscrição
-----------	--------------------------

Planos Coletivos

Nome do Estipulante ou Subestipulante	Contrato	Proposta/Certificado
---------------------------------------	----------	----------------------

**DADOS DO SEGURADO**

Nome Completo		CPF <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
Natureza do Documento de Identificação	Número	Órgão Expedidor	Data de Expedição

<sup>1</sup>No caso de Proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação.

**DADOS DOS BENEFICIÁRIOS**

Nome Completo	Data de Nascimento	Plano	Parentesco <sup>2</sup>	Participação <sup>3</sup>	Tipo <sup>4</sup>
1				%	
2				%	
3				%	
4				%	
5				%	
6				%	
7				%	
8				%	
9				%	
10				%	
11				%	
12				%	
13				%	
14				%	
15				%	

<sup>2</sup> A - Avô(ó); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

<sup>3</sup> O percentual de participação deve totalizar 100% por plano indicado. <sup>4</sup> Preencher este campo apenas para o plano PPC, códigos 15 e 18: indicar T - Beneficiário Temporário ou V - Beneficiário Vitalício.

Solicito providenciar, a partir desta data, a complementação ou alteração dos meus beneficiários, nos respectivos planos, conforme minha opção e os dados preenchidos acima. Estou ciente de que a opção "COMPLEMENTAÇÃO" será utilizada apenas em caso de insuficiência de espaço para a listagem dos beneficiários. Tenho ciência, ainda, que a opção "ALTERAÇÃO" acarretará a substituição dos beneficiários apenas dos planos indicados, permanecendo inalteradas quaisquer outras indicações existentes para outros planos, não citadas neste documento. Estou ciente que a opção "INDICAÇÃO" será utilizada apenas em caso de não preenchimento de Proposta de Adesão Individual, quando da inclusão no Seguro de Pessoas Coletivo. Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras para os devidos fins legais.

Local e Data

Assinatura do Segurado

Fevereiro/2025 - F014

Central de Relacionamento Mongeral Aegon - Capitais e Regiões Metropolitanas - 4003 3355 • Demais Localidades - 0800 881 33 55  
SAC (24h) - 0800 725 77 30 • www.mongeralaegon.com.br • sac@mongeralaegon.com.br • Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A.

CNPJ 33.608.308/0001-73 • Matriz: Travessa Belas Artes, 15 • CEP 20060-000 • Rio de Janeiro RJ

Sua solicitação não foi atendida? Entre em contato com a Ouvidoria - 0800 725 75 50