



Associação  
dos Aposentados  
e Funcionários do Banco do Brasil

# Seguro de Vida Alteração de Beneficiário

## Dados do Associado

Matrícula:

Agência:

Nº da Conta:

CPF:

Nome Completo:

Endereço:

## Beneficiários do Associado

1- Nome Completo:

Data de Nascimento:

Vínculo com o associado:

% do Seguro:

2 - Nome Completo:

Data de Nascimento:

Vínculo com o associado:

% do Seguro:

3 - Nome Completo:

Data de Nascimento:

Vínculo com o associado:

% do Seguro:

4- Nome Completo:

Data de Nascimento:

Vínculo com o associado:

% do Seguro:

5 - Nome Completo:

Data de Nascimento:

Vínculo com o associado:

% do Seguro:

6 - Nome Completo:

Data de Nascimento:

Vínculo com o associado:

% do Seguro:

Com reversão entre si?  Sim  Não

Observações:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_  
(Local e data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Proposto