

Instruções de preenchimento

- 1) O benefício da assistência cesta básica será concedido ao beneficiário indicado, como gênero de primeira necessidade, de acordo com as condições da apólice, com a anuência dos demais beneficiários identificados neste formulário.
- 2) **Beneficiário menor de idade**
 - **Menor de 16 anos:** O formulário deve ser assinado pelo representante legal do menor.
 - **Maior de 16 e menor de 18 anos:** O formulário deve ser assinado pelo beneficiário junto com o representante legal do menor.
 - **Documentação necessária:** Cópias do RG e CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor.
- 3) **Beneficiário interditado**
 - **Possui discernimento para assinar:** Assinatura do beneficiário e/ou representante legal (curador).
 - **Não possui discernimento para assinar:** Assinatura somente do representante legal (curador).
 - **Documentação necessária:** Cópia do RG, CPF e curatela do curador nomeado.
- 4) **Beneficiário impossibilitado de assinar**
 - **Com coleta de impressão digital:** Inserir a digital do beneficiário no formulário junto com a assinatura de uma pessoa devidamente identificada, que assinará a pedido do participante, e ainda acompanhado da assinatura de duas testemunhas.
 - **Sem coleta de impressão digital:** Assinatura do representante legal ou procurador.
 - **Documentação necessária:** Cópia do documento de identificação que sirva de comprovação da assinatura do representante e a procuração.

Dados do segurado

Matrícula	Certificado		
Estipulante	Subestipulante		
Nome Completo			CPF


Dados do beneficiário para recebimento da cesta básica

Nome Completo			Afinidade	
Data de Nascimento	Documento de Identificação	Órgão expedidor	CPF	
Endereço			Número	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone ()	Celular ()	E-mail		

Dados do(s) beneficiário(s) renunciante(s)

Nome Completo			Afinidade	
Data de Nascimento	Documento de Identificação	Órgão expedidor	CPF	
Endereço			Número	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone ()	Local e Data	Assinatura 		

Dados do(s) beneficiário(s) renunciante(s) – (continuação)

Nome Completo			Afinidade	
Data de Nascimento	Documento de Identificação	Órgão expedidor	CPF	
Endereço			Número	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone ()	Local e Data	Assinatura 		

Nome Completo			Afinidade	
Data de Nascimento	Documento de Identificação	Órgão expedidor	CPF	
Endereço			Número	
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone ()	Local e Data	Assinatura 		