

**GRUPO DE ENSINO**

**DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA SEGURO DE VIDA EM GRUPO**

**ESTIPULANTE: HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE**

**SEGURADO:** \_\_\_\_\_

**CELULAR:** (    ) \_\_\_\_\_ **TEL. PARA CONTATO:** (    ) \_\_\_\_\_

**DATA NASCIMENTO:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **SEXO:** \_\_\_\_\_

**ENDEREÇO:** \_\_\_\_\_

**BAIRRO:** \_\_\_\_\_

**CEP:** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **CIDADE:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIOS:**

<b>NOME</b>	<b>PARENTESCO</b>	<b>%</b>

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura