

SEGURO UNIMED CURITIBA PLANO AMIGO - DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Eu,....., usuário do plano de saúde Unimed Curitiba, carteirinha nº 003200000....., indico como beneficiário do seguro de vida que possuo junto a esta Cooperativa:

<i>Nome do beneficiário (a, os, as)</i>	<i>Data Nascimento</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Part %</i>

Declaro que o faço por livre e espontânea vontade e em plenas condições de saúde física e mental.
Por ser expressão da verdade dato e assino a presente declaração,

Assinatura:.....

Curitiba, de de 20.....

OBS.: ENTREGAR ORIGINAL A AFA Estadual.

SEGURO UNIMED CURITIBA PLANO AMIGO - DECLARAÇÃO DE INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIO

Eu,....., usuário do plano de saúde Unimed Curitiba, carteirinha nº 003200000....., indico como beneficiário do seguro de vida que possuo junto a esta Cooperativa:

<i>Nome do beneficiário (a, os, as)</i>	<i>Data Nascimento</i>	<i>Parentesco</i>	<i>Part %</i>

Declaro que o faço por livre e espontânea vontade e em plenas condições de saúde física e mental.
Por ser expressão da verdade dato e assino a presente declaração,

Assinatura:.....

Curitiba, de de 20.....

OBS.: ENTREGAR ORIGINAL A AFA Estadual.