FEDERAÇÃO
EQUESTRE
PORTUGUESA

Boletim de Adesão

Seguro de Acidentes Pessoais - Grupo

Tomador do Seguro
FEDERAÇÃO EQUESTRE PORTUGUESA

Pessoa a Segurar

Nome Completo			Data de Nascimento
Sexo ÿ M ÿ F	Nacionalidade	Estado Civil	N.I.Fiscal

ÿ Valor seguro para a Garantia de Morte ___ . ___ . ___ €

Autorizo a conclusão do seguro de acidentes Pessoais e informo que, por meu falecimento, os benefícios seguros deverão ser pagos conforme assinalo a seguir:

Beneficiários em Caso de Morte

ÿ cônjuge, na sua falta de filhos do matrimónio em partes iguais
Nome do cônjuge

ÿ Meus pais, em partes iguais, ou a totalidade ao sobrevivente; se porem for casado(a) à data do falecimento. o pagamento deverá ser feito ao cônjuge ou, na falta, aos filhos do matrimónio, então existentes, em partes iguais.

ÿ Herdeiros legais

ÿ Outro

Se não existir grau de parentesco entre a Pessoa Segura o Beneficiário, indicar nº B. Identidade (BI) ou Cédula Pessoal (CP)

_____ , _____ de _____ de _____

Pessoa a Segurar