

**APÓLICE N°. 863989****DADOS DO SEGURO****E Estipulante****AASP - ASSOCIAÇÃO DOS ADVOGADOS DE SÃO PAULO****Sub-Estipulante****AASP - ASSOCIAÇÃO DOS ADVOGADOS DE SÃO PAULO****Segurado**

CPF n°

**NOME(S) DO(S) BENEFICIÁRIO(S) A SER(EM)  
ALTERADO(S)****PARENTESCO****% PARTICIPAÇÃO**

**Declaro estar ciente que este aviso substitui e torna sem efeito a cláusula beneficiária que consta da apólice acima, como quaisquer outros avisos emitidos anteriormente nesse sentido, relativos à mesma apólice.**

**Data**

Assinatura do Proponente

**Segurado Analfabeto**

Quando o Segurado for analfabeto será necessário que outros dois Segurados, pela mesma apólice de Seguro formulário, na qualidade de testemunhas e, ainda, conter a assinatura do Estipulante.

Testemunha:

Nome e CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Testemunha:

Nome e CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura do Estipulante