

Proponente (Empregado/Estagiário)

Matrícula:	Nome:	CPF:

O proponente abaixo assinado, portador da identidade _____, por meio desta, constitui beneficiário(s) do Seguro de Vida em Grupo contratado pela Cagece – Companhia de Água e Esgoto do Ceará :

Beneficiários

Nome:	Parentesco:	Data de Nascimento:	Percentual:
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	
		___/___/___	

Fico ciente que deverei informar qualquer alteração referente aos beneficiários mediante nova apresentação deste formulário à Gapes – Gerência de Administração de Pessoas.

_____, _____ de _____ de 20__ .

Assinatura do Proponente: