



FEDERAÇÃO
EQUESTRE
PORTUGUESA

Boletim de Adesão

Seguro de Acidentes Pessoais - Grupo

Tomador do Seguro
F E D E R A Ç Ã O E Q U E S T R E P O R T U G U E S A

Pessoa a Segurar			
Nome Completo	Data de Nascimento		
Sexo	Nacionalidade	Estado Civil	N.º Fiscal

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
<input type="checkbox"/> cônjuge, na sua falta de filhos do matrimónio em partes iguais
Nome do cônjuge
<input type="checkbox"/> 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.
<input type="checkbox"/> Herdeiros legais
<input type="checkbox"/> Outro
Se não existir grau de parentesco entre a Pessoa Segura o Beneficiário, indicar n.º B. Identidade (BI) ou Cédula Pessoal (CP)

_____ , _____ de _____ de _____

Pessoa a Segurar