

Termo de nomeação e/ou alteração de beneficiário

Dados Pessoais do Segurado		
Nome	Nº CPF/CNPJ	Nº RG
Endereço Residencial Completo		
CEP	Cidade UF	Bairro
Telefone ()	Celular ()	E-mail

Autorizo, na qualidade de Pessoa Física e/ou Jurídica, que seja realizado em favor do(a) Sr.(a) _____ portador do CPF/CNPJ Nº _____ o pagamento no valor de R\$ _____, referente a indenização, realizada através do sinistro do Segurado(a) Sinistrado(a) _____,

Desta forma, este documento é de caráter irrevogável e irretratável nos termos da Lei.

Estou ciente que, caso esta declaração não seja verdadeira, terei que ressarcir à Seguradora os prejuízos decorrentes, nos termos da Lei.

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA DO SEGURADO

Todos os dados pessoais coletados pela Chubb serão tratados de acordo com a legislação aplicável em vigor, com base na Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Os dados pessoais serão processados apenas para o cumprimento das finalidades aqui dispostas. De forma a assegurar a transparência das atividades da Seguradora, as informações sobre o tratamento dos dados pessoais pela Seguradora e os direitos disponíveis aos titulares podem ser acessados na Política de Privacidade disponível no website da Chubb, através do link <https://www.chubb.com/br-pt/footer/politica-de-privacidade.aspx>. Se, por qualquer motivo, não for possível a consulta ao conteúdo do documento através do website, a Política de Privacidade pode ser disponibilizada por outro meio, desde que solicitado através do [encarregadoprotecaodedados.Brasil@Chubb.com].