

## ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

### DADOS DO PARTICIPANTE

Nome \_\_\_\_\_

Participante  ativo  afastado  aposentado e pensionista  autopatrocinado  vinculado - BPD

Empresa (patrocinadora) \_\_\_\_\_ Local de trabalho (unidade) \_\_\_\_\_

Sexo  F  M Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Naturalidade \_\_\_\_\_

Nacionalidade \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_ Órgão expedidor \_\_\_\_\_ Data da expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Nome da mãe \_\_\_\_\_ Nome do pai \_\_\_\_\_

Nome do cônjuge \_\_\_\_\_ É politicamente exposto?  SIM  NÃO

### BENEFICIÁRIOS DEFINIDOS NO REGULAMENTO

Cônjuge ou companheiro de participante, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos de idade, ou inválidos, Filhos e enteados solteiros até a data em que completarem 24 anos de idade, se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente.

**1. Nome** \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**2. Nome** \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**3. Nome** \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**4. Nome** \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**5. Nome** \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

**6. Nome** \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M Grau de parentesco \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

## BENEFICIÁRIOS INDICADOS



Todas e quaisquer pessoas físicas inscritas pelo participante no plano de benefícios Votorantim Prev que, na falta de beneficiários, poderão receber benefício nas formas previstas no regulamento do plano de benefícios.

1. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

2. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

3. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

4. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

5. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

6. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Sexo  F  M CPF \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

*Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em [www.funsejem.org.br](http://www.funsejem.org.br).*

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante ou representante legal