

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 VCNE 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.

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal _____