

# ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

## DADOS DO PARTICIPANTE

Nome \_\_\_\_\_

Participante  ativo  afastado (doença/sem remuneração total)  aposentado  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, que tenham a condição de dependentes perante a Previdência Social. 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](http://www.funsejem.org.br).*

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

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

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO