

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 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.

Local e data _____, ____ / ____ / ____

Assinatura do participante ou representante legal _____

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO