|  |
| --- |
| **ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR SÃO BERNARDO  |
| Para fins de alteração de beneficiários e beneficiários indicados, com base no Regulamento do Plano de Previdência Complementar São Bernardo, informo e responsabilizo-me, para fins de direito, pelos dados abaixo declarados: |
| **1. DADOS DO PARTICIPANTE** |
| PATROCINADORA      | DIVISÃO      | LOCAL      | CNPJ      |
| NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE      |
| REGISTRO NA EMPRESA      | NÚMERO DO CPF      |
| **2. BENEFICIÁRIOS:****ANTES DE PREENCHER OS QUADROS 3 E 4, RECOMENDA-SE A LEITURA DOS ITENS 2.3; 2.4 E 2.5 DO****REGULAMENTO DO PLANO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR.** |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  [ ]  CÔNJUGE [ ]  COMPANHEIRO(A) | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  [ ]  FILHO(A) DO PARTICIPANTE [ ]  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  [ ]  FILHO(A) DO PARTICIPANTE [ ]  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  [ ]  FILHO(A) DO PARTICIPANTE | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
|  [ ]  ENTEADO(A) / ADOTADO(A)  |  |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  [ ]  FILHO(A) DO PARTICIPANTE [ ]  ENTEADO(A) / ADOTADO(A) | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**   [ ]  PAI DO PARTICIPANTE (No caso de Participante que não tenha cônjuge, Companheiro ou filhos (incluindo enteados e adotados legalmente)  | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**   [ ]  MÃE DO PARTICIPANTE (No caso de Participante que não tenha cônjuge, Companheiro ou filhos (incluindo enteados e adotados legalmente)   | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **3. BENEFICIÁRIOS INDICADOS****No falecimento de participante e na falta de Beneficiário (QUANDO HOUVER, DEVERÁ SER RECONHECIDA A FIRMA DO PARTICIPANTE)** |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:** **%** | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:      %** | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:      %** | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **NOME DO BENEFICIÁRIO:**  **PROPORÇÃO DE DISTRIBUIÇÃO:      %** | **DATA DE NASCIMENTO:** / / |
| **CPF** | **SE ESTRANGEIRO, NOME DO DOCUMENTO \*** | **SE ESTRANGEIRO, Nº DOCUMENTO**  |
| **\* O Beneficiário / Beneficiário Indicado que é residente no exterior não tem CPF, portanto, deve se informado o nome e o número do documento de identificação utilizado em seu país.** |
| **4. DATA E ASSINATURAS** |
| *Para os fins previstos no Art. 7º, inciso V da Lei nº. 13.709/2018 (“LGPD – Lei Geral de Proteção de Dados”) e em estrita observância do disposto no artigo 5º incisos, II e XII da citada lei, MANIFESTO EXPRESSAMENTE O MEU CONSENTIMENTO, DE LIVRE E EXPONTÂNEA VONTADE, relativamente a COLETA, USO E TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS ora apresentados neste formulário, os quais deverão ser utilizados pela São Bernardo com a finalidade específica de execução e gestão do plano de previdência complementar no qual estou inscrito, ficando ainda autorizado o seu compartilhamento com terceiros estritamente para cumprimento da finalidade supra indicada.*      ,       de  de      .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ASSINATURA DO PARTICIPANTE(Reconhecer firma no caso de inclusão de beneficiários indicados) |

Versão: Mar/2021