|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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