

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Eu, _____, portador do CPF _____, solicito providenciar a partir desta data a alteração na proposta do(s) meu(s) beneficiário(s) abaixo relacionado(s):

Nome(s) do(s) beneficiário(s)	Data de Nascimento	Grau de Parentesco <i>(não há exigência que seja parente para ser beneficiário)</i>	% Part.*	CPF
	___/___/___			
	___/___/___			
	___/___/___			
	___/___/___			
	___/___/___			
	___/___/___			
	___/___/___			

Declaro que esta indicação altera todas as anteriores, prevalecendo a partir desta data para todos os efeitos legais sobre a indicação no formulário de proposta ou qualquer outra solicitação em data anterior a esta.

Declaro estar ciente de que, caso não existam mais beneficiários à época de meu falecimento, que o valor devido previsto no Regulamento será destinado aos herdeiros legais, razão pela qual qualquer alteração da lista de beneficiários deverá ser comunicada de forma tempestiva para a entidade de previdência complementar.

Local / Data	Assinatura

Observações:

- * Enviar uma cópia simples de qualquer documento do titular do plano. Exemplo: RG, CNH ou OAB.
- * Em caso de envio por e-mail, o formulário deverá ser assinado com certificado digital.
- * O percentual de participação, deve totalizar 100%, para cada plano relacionado.
- * Este documento não deverá conter rasuras.