PREVISC
PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS E BENEFICIÁRIOS

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR/PLANO _____ MATRÍCULA Nº _____ CPF _____

NOME _____

E-MAIL _____ TELEFONE RESIDENCIAL _____ TELEFONE CELULAR _____

ATUALIZAÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

N IDENTIDADE _____ ÓRGÃO EXP. _____ DATA EXP. _____ ESTADO CIVIL _____

E-MAIL _____ DATA DE NASCIMENTO _____ CEP _____

ENDEREÇO _____ NÚMERO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ TELEFONE RESIDENCIAL _____ TELEFONE CELULAR _____

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) HABILITADO(S) (*)

NOME	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	E-MAIL	PARENTESCO	DEP. IR (**)
						( )
						( )
						( )
						( )
						( )

(*) Beneficiário (s) habilitado (s): o cônjuge, o companheiro, na forma preceituada no Código Civil Brasileiro, e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 18 (dezoito) anos ou inválido, desde que tal condição seja diagnosticada antes de tal idade e que o mesmo seja dependente do Participante.

(**) dependente para fins do Imposto de Renda: Este campo deverá ser preenchido caso o beneficiário habilitado seja dependente do participante no Imposto de Renda.

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADOS(S)(***) E O PERCENTUAL DE SALDO (****)

NOME	CPF	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	E-MAIL	PERCENTUAL DO SALDO	DEP. IR (**)
						( )
						( )
						( )
						( )
						( )

(***) Beneficiário (s) designado (s): poderá ser qualquer pessoa física indicada pelo participante e terá direito ao percentual do saldo remanescente também indicado pelo participante, na ausência dos Beneficiários Habilitados (cônjuge e filhos menores de 18 anos ou inválidos).

(****) Percentual do saldo: Este campo se refere ao percentual do saldo de contas a ser pago a cada Beneficiário Designado, caso ocorra o falecimento do participante e Beneficiário (s) habilitado (s). Observando o percentual máximo de 100%, que deverá ser distribuído entre todos os Beneficiários Designados escolhidos pelo participante.

_____, _____, de _____ de 20_____
LOCAL DIA MÊS ANO

_____
ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Declaro, sob minha responsabilidade, que as informações prestadas sobre o novo beneficiário são verdadeiras.