

FORMULÁRIO DE ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Eu,

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.*	Telefones dos beneficiários
	___ / ___ / ___			
	___ / ___ / ___			
	___ / ___ / ___			
	___ / ___ / ___			
	___ / ___ / ___			
	___ / ___ / ___			
	___ / ___ / ___			

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:

*O percentual de participação, deve totalizar 100%, para cada plano relacionado;

* Este documento não deverá conter rasuras