

DESIGNAÇÃO PARA FINS DE PECÚLIO POR MORTE

Plano Previdenciário Suplementar à Previdência Social – PPSPS (CNPB n. 1979.0011-38)

Campo 1: DADOS CADASTRAIS						
NOME: _____						
DATA DE NASCIMENTO.: _____		RG: _____		CPF: _____		
ENDEREÇO: _____						
BAIRRO: _____		CEP: _____		CIDADE: _____		
UF: _____		TEL.: _____		CEL.: _____		E-MAIL: _____
SEXO:			ESTADO CIVIL:			
MASCULINO		FEMININO		CASADO	VIÚVO	SEPARADO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				DIVORCIADO	SOLTEIRO	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

LEIA ATENTAMENTE ANTES DE PREENCHER

Beneficiários Previdenciários: São os dependentes com direito ao recebimento de pensão pelo Regime Geral de Previdência Social (Lei 8.213/91). Para fins de concessão do benefício, a condição de beneficiário previdenciário é verificada no momento do óbito do participante, devendo essa condição ser comprovada mediante Carta de Concessão do benefício perante o INSS. Exemplo: cônjuge, companheiro(a), filhos não emancipados menores de 21 anos ou inválidos.

Beneficiários Designados: São os beneficiários indicados pelo participante para receber Pecúlio, no caso de não haver Dependentes Previdenciários. Esta designação poderá ser alterada a qualquer tempo, mediante o preenchimento de outro formulário. A SIAS adotará a última designação feita em vida pelo participante.

Anexar a cópia do RG e CPF do participante e do(s) beneficiário(s) a ser(em) designado(s).

Campo 2: POSSUI BENEFICIÁRIOS PREVIDENCIÁRIOS? () SIM () NÃO			
NOME DOS BENEFICIÁRIOS PREVIDENCIÁRIOS	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	C.P.F.

Campo 3: BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS				
NOME DOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	%	C.P.F.

A soma dos percentuais deve atingir 100%.

Para agilizar o processo de pagamento de pecúlio, informe o contato de, pelo menos, um beneficiário:

NOME DO BENEFICIÁRIO	TELEFONE	E-MAIL

Em caso de indicação de beneficiários ou dependentes menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas no Regulamento do Plano, em atendimento ao disposto na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Estou ciente das informações importantes existentes no documento anexo a este formulário.

A SIAS realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Recebido em ___/___/_____

Assinatura: _____