Prevcummins

RECADASTRAMENTO ANUAL 2023

Para fins de manutenção do benefício de aposentadoria e atualização/complementação de seus dados cadastrais perante a Prevcummins, o declarante abaixo deverá preencher todos os campos que estiverem em branco.

DADOS PESSOAIS

Nome:	CPF:

Endereço/Nº/Complemento:

Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:

Telefone Fixo (DDD):	Celular (DDD):

Data de Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:

Nº Documento (RG/RNE):	Orgão Exp.	Data Expedição:

Nacionalidade:	Naturalidade:	Politicamente Exposto (PPE): ◯ SIM ◯ NÃO

Nome da Mãe:
Nome do Pai:
E-mail:

(*) Entende-se pessoa politicamente exposta o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Entende-se como familiares os parentes na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, companheira (o), os filhos e enteados.

DADOS BANCÁRIOS

Banco (Nome):	Agência:

Conta/Dígito:	Conta Corrente: ☐	Conta Poupança: ☐

INDIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS

Beneficiário: significará a pessoa inscrita pelo Participante neste Plano, conforme capitulo III, para receber os valores devidos em caso de morte do Participante ou Assistido.

Ao realizar a distribuição dos percentuais entre os beneficiários, a soma dos dentre todos deve ser igual a 100%.

(Conforme Cap III - Art. 3.3 do regulamento do Plano Benefícios Prevcummins)

Nome	CPF*	Sexo	Data de Nascimento	Parestesco	%	Dependente de IR	
						Sim	Não

Rúbrica

ESTE FORMULÁRIO PODE SER ASSINADO DIGITALMENTE. CONSULTE O PASSO A PASSO NO DOCUMENTO **ASSINATURA DIGITAL**.

IMPORTANTE:

- Para os assistidos, caso não seja feita a entrega do formulário até **10 de junho de 2023**, o benefício poderá ser suspenso, conforme item XIII, Art.13.2 do **Regulamento.**
- A indicação ora feita substitui eventuais indicações de Beneficiários realizadas anteriormente, as quais se tornam sem efeito.
- Tenho pleno conhecimento das disposições do Regulamento do Plano de Benefícios Prevcummins relativas à indicação de Beneficiários e fui adequadamente esclarecido pela Entidade a respeito de seus efeitos.
- Tenho conhecimento e concordo sobre com os termos da LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados). Clique aqui para ler o termo de consentimento da LGPD

RESPONSABILIZO-ME PELA VERACIDADE DOS DADOS AQUI INFORMADOS

_____, _____ de _____ _____

Local e data Assinatura

PROTOCOLO *(Para uso exclusivo da Prevcummins)*

Recebido pela Entidade em: _____ _____

Prevcummins – Sociedade de Previdência Privada

ESTE FORMULÁRIO PODE SER ASSINADO DIGITALMENTE. CONSULTE O PASSO A PASSO NO DOCUMENTO **ASSINATURA DIGITAL**.