

Forma de Envio

Para o participante BPD, autopatrocinado e para o beneficiário de pensão por morte, o formulário poderá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail fundosdependao@icatusseguros.com.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para o endereço: Avenida Oscar Niemeyer, 2000, - Porto Maravilha, Rio de Janeiro - RJ - CEP 20.220-297.
O participante ativo (funcionário) além das opções acima, também poderá realizar a entrega do documento no RH da sua Patrocinadora.

Plano PLANO DE BENEFÍCIOS BNY MELLON	Patrocinadora (Empresa)
--	-------------------------

Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo		CPF (somente números)	
Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone ()	Celular ()	E-mail	

Beneficiários

Indico como meu(s) beneficiário(s) o(s) abaixo relacionado(s), que em caso do meu falecimento fará(ão) jus ao recebimento do Pecúlio por Morte, **SOMENTE QUANDO NÃO HOUVER herdeiros necessários** ¹ e/ou beneficiário(s) reconhecido(s) pela Previdência Social.

1-Herdeiros obrigatório do Participante, conforme dispões o Direito das Sucessões, por meio da legislação pertinente.

Dados dos Beneficiários

Nome Completo		CPF (somente números)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	
Nome Completo		CPF (somente números)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	
Nome Completo		CPF (somente números)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	
Nome Completo		CPF (somente números)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	
Nome Completo		CPF (somente números)	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	Data de Nascimento	Grau de Parentesco/Afinidade	

Declaração

Declaro estar ciente de que os dados pessoais de criança/adolescente eventualmente informados por mim serão tratados exclusivamente para fins de designação de beneficiário e que estou de acordo com tal tratamento. Em caso de revogação deste consentimento, estou ciente de que os dados pessoais da criança/adolescente então indicada(o) como beneficiário(a) serão excluídos, em razão das determinações da Lei Geral de Proteção de Dados relacionadas ao tratamento de dados de menores.

Declaro, sob as penas da Lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à Patrocinadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização. O ICATU FMP se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados.
É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____/____/____



Assinatura do Participante