prev pepsico

FORMULÁRIO

RECADASTRAMENTO ANUAL

PARTICIPANTES **ASSISTIDOS**

Prazo para Envio: **11/01/2027**

VENHO PELA PRESENTE INFORMAR-LHE PARA FINS DE RECADASTRAMENTO OS DADOS ABAIXO:

Nome:

Data de Nascimento: Sexo: Naturalidade:

Nacionalidade: Estado Civil: CPF:

Nome do Cônjuge:

Filiação:

RG: Data de Emissão: Órgão Emissor:

Endereço:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Telefone: ( ) E-mail:

Profissão: Pessoa exposta politicamente*? ___ sim ___ não

** Ocupantes de cargos e funções públicas listadas nas normas de PLD/FTP editadas pelos órgãos reguladores e fiscalizadores.*

BENEFICIÁRIOS(AS) LEGAIS

São considerados(as) Beneficiários(as) Legais o cônjuge, companheiro(a) com união estável reconhecida pela Previdência Social e filhos(as) (inclusive enteados(as) e adotados(as) legalmente). O valor do benefício a ser pago será dividido em partes iguais entre todos(as) os(as) Beneficiários(as) Legais, de acordo com o item 4.7 do Regulamento.

Nome Completo dos(as) Beneficiários(as)	Data de Nascimento	Relação de Dependência	Dependente no IR?	CPF

BENEFICIÁRIOS(AS) INDICADOS(AS)

Caso não existam Beneficiários(as) Legais, é possível indicar Beneficiários(as), definindo a proporção de recebimento do benefício a ser pago entre cada um(a) deles(as). Se não for determinada a proporção, o valor do benefício será dividido em partes iguais, de acordo com o item 4.7.4 do Regulamento.

Nome Completo dos(as) Beneficiários(as) Indicados(as)	Data de Nascimento	Relação de Dependência	Dependente no IR?	CPF	% do benefício

OBSERVAÇÕES

Não havendo Beneficiários(as) Legais ou Beneficiários(as) Indicados(as), os valores serão pagos aos herdeiros designados em inventário judicial ou por escritura pública, de acordo com o item 4.7.5 do Regulamento.

prev pepsico

FORMULÁRIO

RECADASTRAMENTO ANUAL

PARTICIPANTES **ASSISTIDOS**

Prazo para Envio: **11/01/2027**

PESSOA INDICADA PARA FORNECER INFORMAÇÕES:

Nome:

Endereço:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

Telefone: ( ) E-mail:

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui são verdadeiras e de minha responsabilidade, não cabendo a V. Sa.(s) qualquer responsabilidade no que concerne às mesmas.

Aceitaremos o envio via e-mail, sem reconhecimento de firma.

_____ , _____ de _____ de 20_____.

_____

(Assinatura – **realizada pelo Portal gov.br**)

Nome:

CPF:

As informações constantes neste formulário serão utilizadas para processamento da sua solicitação, cumprimento de obrigações legais e regulatórias, e de acordo com a nossa **Política de Privacidade** e na **Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018**. Para mais detalhes sobre como tratamos seus dados pessoais acesse nossa Politica de Privacidade em **www.prevpepsico.com.br**.