

FORMULÁRIO DE DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS EM CASO DE FALECIMENTO

Nome: _____ Matrícula: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-mail: _____

Venho pelo presente informar minha indicação de beneficiário(s) válida a partir da assinatura deste documento.

Nome	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Proporção do Benefício

Para mais informações sobre nosso Termo de Uso e Política de Privacidade, acesse: https://fundacaoibm.com.br/pdf/TERMOS_DE_USO.pdf

Local/Data

Assinatura do(a) Participante

Encaminhar o documento digitalizado via e-mail para **fpibm@sinqia.com.br** e a via original pelos Correios para o endereço abaixo:

Rua Bela Cintra, 755 – 7º andar - São Paulo - SP

A/C Gerência de Operações SP/ Sinqia Previdência

Observação: Por medidas de segurança, o documento enviado digitalizado deve ser protegido por senha.

*Confidencial quando preenchido