

## 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](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](mailto: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