

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

NOME		MATRÍCULA	PATROCINADOR
CPF	E-MAIL	TELEFONE	TEL. CELULAR

Nota: O e-mail é o principal canal de comunicação da TELOS com você. Não deixe de preencher o campo do e-mail neste formulário e atualizar no seu cadastro da TELOS quando ocorrer alteração.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

SITUAÇÃO

ATIVO AUTOPATROCINADO VINCULADO ASSISTIDO COM SAQUE PROGRAMADO

BENEFICIÁRIOS

NOME	PARENTESCO	SE FILHO, MANTER APÓS 21 ANOS (S/N)	NASCIMENTO	SEXO (F/M)	INVALIDO (S/N)
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

NOTAS

1- Deverão ser inscritos como Beneficiários de Participante ou de Assistido com benefício na modalidade de saque programado o cônjuge ou companheiro, os filhos, o adotado legalmente e o enteado menores de 21 anos.

2- Os filhos, o adotado legalmente e o enteado com 21 anos de idade ou mais poderão ser inscritos como Beneficiários de Participante ou de Assistido com benefício na modalidade de saque programado.

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

NOME	NASCIMENTO	SEXO (F/M)	INVALIDO (S/N)
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

NOTAS

1 - Beneficiário Indicado significará, para os casos especificamente previstos no Regulamento do PCV I, qualquer pessoa física indicada pelo Participante.

DECLARAÇÃO

Ciente e de acordo com as informações prestadas nas notas acima, pelo presente, indico e nomeio como meu(s) Beneficiário(s) e Beneficiário(s) Indicado(s) a(s) pessoa(s) relacionada(s).

A presente declaração torna sem efeito quaisquer declarações anteriores.

_____, ____/____/____

Local

Data

Assinatura do Participante