

**CNPB**

1996.0037-47

**PATROCINADORA**

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

**1.** Nome Completo do Participante (sem abreviações):

**2.** Matrícula na Patrocinadora:

**3.** E-mail particular:

**Beneficiário Legal\***

Nome Completo	Grau de Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Invalído	CPF	Inclusão	Exclusão
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			

**\*BENEFICIÁRIO LEGAL:** pessoa física, reconhecida pela Previdência Social Oficial e inscrita pelo Participante para recebimento do Benefício de Risco e do Benefício Programado na forma de renda vitalícia, em decorrência de seu falecimento. Podem ser inscritos como Beneficiário do Participante no SarahPrev:

Classe 1 - o cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido;

Classe 2 - os pais, desde que comprovada a dependência econômica;

Classe 3 - o irmão não emancipado de qualquer condição, menor de 21 (vinte e um) anos ou inválido, desde que comprovada a dependência econômica em ambos os casos.

**Beneficiário Designado\***

Nome Completo	Grau de Parentesco	Data de nascimento	Sexo	Invalído	CPF	Inclusão	Exclusão
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			
		/ /	FEM MASC	SIM NÃO			

**\*Beneficiário Designado:** qualquer pessoa física, inscrita pelo Participante para recebimento da Reserva Individual de Poupança no caso de falecimento na condição de Ativo ou do saldo remanescente do Benefício Programado na forma de renda mensal apurada a partir de um percentual do Saldo da Reserva Matemática de Benefícios, em decorrência de seu falecimento como Assistido. O Participante poderá definir percentuais a que cada Beneficiário Designado fará jus em eventual rateio do saldo remanescente, sendo dividido em partes iguais caso não sejam informados percentuais diferenciados.

**Declaração:**

Declaro que as informações acima são verdadeiras, estando ciente de que o Sarah Previdência poderá, a qualquer momento, exigir prova dos dados prestados.

**Local**

**Data**

 de  de 20 

**Assinatura do Participante**

Vigente em: Janeiro/2025