Envie o documento assinado para o e-mail: **centralprevidencia@itau-unibanco.com.br e aguarde até 5 dias úteis para o retorno.**

# Solicitação de Alteração de Beneficiários

## Dados do Participante/Titular do plano*

| Nome Social: | |
|---|---|
| Nome Civil*: | CPF*: |

## Informe o número do Produto/Plano a ser(em) alterado(s)*: poderá incluir até 3 planos por formulário ou selecionar para alterar todos planos contratados em nome e CPF do Participante.

| Produto/Plano: | Produto/Plano: | Produto/Plano: | ☐ Desejo alterar todos os planos contratados em nome e CPF do Participante |
|---|---|---|---|

## Dados do(s) Beneficiário(s)

| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
|---|---|---|---|---|---|
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |
| Nome Completo do Beneficiário: | CPF: | Data de Nasc: | Sexo: | Parentesco: | Percentual: |

## Atenção

- Percentual: A soma do percentual precisa totalizar 100%. Na ausência de preenchimento destinado a cada beneficiário, este formulário não será aceito.
- A classificação "Outros" é para casos onde não tem o parentesco informado na lista.
- Não podemos indicar ONGs, Creches e Pessoa Jurídica como beneficiário.
- Anexo a este formulário assinado, deverá ser enviada a cópia simples dos seguintes documentos do participante:
  - ✓ Documento de Identidade que contenha CPF e comprovante de endereço atualizado do titular do plano.

Declaro estar ciente e de acordo com as disposições constantes neste formulário e me responsabilizo pela veracidade das informações acima prestadas sob pena de aplicação de sanções legais cabíveis.

Local e data*

Assinatura do titular do plano*

**Atendimento Central Previdência em dias úteis, das 09h00 às 18h00.**

*Preenchimento obrigatório

**Correntistas:**
(11) 4004-4828 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 970 4828 (Demais Localidades)

**Não Correntistas:**
(11) 4004-1099 (Capitais e Regiões Metropolitanas)
0800 729 1099 (Demais Localidades)