

**FUSESC**FUNDAÇÃO CODESC
DE SEGURIDADE SOCIAL**REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROGRAMÁVEL**

Plano de Benefícios Multifuturo ____ Patrocinadora: _____

Dados do Requerente

Nome: _____ CPF: _____._____._____ - ____

Data Nasc.: ____/____/____ Data da Rescisão na Patrocinadora*: ____/____/____

Endereço: _____ Nº _____

Bairro: _____ Complemento: _____

Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____._____-____ Telefone: (____) _____ Celular: (____) _____

Agência BB: _____ Conta Corrente: _____ CNPJ Agência: _____

E-mail: _____

**Deverá ser anexada cópia de documento que comprove a rescisão do vínculo empregatício com a patrocinadora.*

A pessoa acima identificada vem, na forma do Regulamento do Plano de Benefícios Multifuturo ____, requerer:

Tipo de benefício: ☐ Aposentadoria Antecipada ☐ Aposentadoria Normal ☐ Benefício Proporcional ☐ Invalidez**Tipo de renda mensal:** ☐ Vitalícia ☐ Por prazo determinado de ____ anos (entre 10 e 20 anos)☐ Percentual de saldo de conta total de ____, ____ %**Antecipação em pagamento único?** ☐ Sim – Percentual de ____ % (até 20% do saldo de conta total) ☐ Não**Declaração dos Dependentes**

Os dependentes abaixo declarados, desde que assim sejam reconhecidos pela Previdência Social e possuam relação de dependência permitida pelo Regulamento do Plano de Benefícios Multifuturo ____, serão considerados para efeito de cálculo do benefício requerido.

Nome	Relação de Dependência	Data de Nascimento
		/ /
		/ /
		/ /
		/ /

Relação de dependentes Possíveis (Coloque o número relacionado abaixo no campo acima solicitado):

(1) Conjuge / (2) Companheiro (a) / (3) Ex-Conjuge / (4) Ex-companheiro(a) / (5) Filho(a) ou enteado (a).

A comprovação da relação de dependência das pessoas acima declaradas dependerá da apresentação da seguinte documentação, sem prejuízo de outros documentos que poderão ser solicitados: Certidão de casamento, certidão de nascimento dos filhos ou enteados, declaração de que o dependente é estudante em curso superior oficialmente reconhecido, para filho(a) solteiro(a) com idade superior a 21 e menor que 24 anos; declaração de invalidez para filho(a) ou enteado(a), comprovação de pagamento de pensão alimentícia para ex-cônjuge ou ex-companheiro(a), comprovante de união estável com companheiro(a).

A inclusão, exclusão ou alteração de dependentes, por parte de participante assistido, terá reflexo no valor do benefício, conforme dispõe o Regulamento do Plano de Benefícios Multifuturo ____.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

AVISO DE TRANSPARÊNCIA: Os dados pessoais informados neste formulário poderão ser compartilhados com terceiros para a realização dos serviços contratados pela FUSESC para a execução de suas atividades e nas demais situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

____/____/____

Data

Local

Assinatura do Requerente