

## REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE

### Dados do Participante / Assistido Falecido

|                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Nome                                                                                                                            | CPF |
| Plano<br><input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo II |     |
| Data do Óbito                                                                                                                   |     |

## Dados do Requerente

|            |                |              |
|------------|----------------|--------------|
| Nome       |                | CPF          |
| Endereço   |                | Nº           |
| Bairro     |                | Complemento  |
| Cidade     |                | UF           |
| CEP        | Telefone       | Celular      |
| Agência BB | Conta Corrente | CNPJ Agência |
| E-mail     |                |              |

A pessoa acima identificada vem, na forma do Regulamento do Plano de Benefícios acima selecionado, requerer o benefício de Pensão por Morte.

|                                                                                                         |                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Preenchimento <b>apenas</b> em caso de falecimento de Participante que não estava em gozo de benefício: |                                                                                                             |
| <b>Forma de Recebimento:</b>                                                                            | <input type="checkbox"/> Vitalício                                                                          |
|                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Por prazo determinado de ____ ____ anos <i>(entre 10 e 20 anos)</i>                |
|                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Percentual de Saldo de Conta Total de ____, ____ ____ % <i>(entre 0,5% e 1,5%)</i> |

Assume 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  
(Reconhecer assinatura em Cartório)

