

## REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE

### Dados do Participante / Assistido Falecido

Nome	CPF
Plano Plano de Benefícios I	
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 1,0%</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)

