

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.

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)

