

REQUERIMENTO DE PECULIO E/OU PENSÃO POR MORTE



FOTO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PLANO BÁSICO | <input type="checkbox"/> PLANO MISTO |
| <input type="checkbox"/> PECULIO POR MORTE | <input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE |
| <input type="checkbox"/> PECULIO ESPECIAL POR MORTE | <input type="checkbox"/> PRAZO-CERTO (MORTE) |

DADOS DO PARTICIPANTE					
NOME					
CPF	DATA DO ÓBITO		DATA DE INICIO DA RECLUSÃO*(APENAS PARA O PLANO BÁSICO)		
DADOS DO BENEFICIÁRIO (A)					
NOME					CPF
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE		Nº BENEFICIO INSS	
NOME DA MÃE					
ENDEREÇO RESIDENCIAL					
BAIRRO		CIDADE		UF	CEP
TELEFONE DE CONTATO			CELULAR		
E-MAIL PESSOAL					
NÚMERO E NOME DO BANCO		NÚMERO E NOME DA AGÊNCIA		TIPO DE CONTA	NÚMERO DA CONTA
PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA - PPE					ALTERAÇÃO FATCA
PPE	CARGO	ESFERA			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					<input type="checkbox"/> SIM
PERÍODO	VALOR DO PATRIMÔNIO	RELAÇÃO EM 2º GRAU COM PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA			<input type="checkbox"/> NÃO
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Os beneficiários(as) ou designados(as) do Participante, requerem que lhes seja concedido o benefício acima indicado, conforme documentos anexos, de acordo com o Regulamento dos Planos de Benefícios da BASES, e legislação vigente. No que concerne ao "Prazo-Certo (Morte)" será conforme disciplina o item b do parágrafo 3 do artigo 59. Declaro, sob as penas das leis civis e criminais, a veracidade das informações aqui prestadas, responsabilizando-me pelas informações. Comunicarei imediatamente a BASES, quaisquer alterações a respeito das informações contidas neste formulário.					
BENEFICIÁRIO (A)					
LOCAL		DATA		ASSINATURA	
ENTIDADE					
LOCAL		ASSINATURA DIRETORIA		ASSINATURA GERÊNCIA	