

REQUERIMENTO DE PENSÃO POR MORTE VITALÍCIO

Marque sobre o benefício a requerer.

Pensão por morte

FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Será concedido ao beneficiário de pensão por morte a seguinte somatória, se houver:

- I. Benefício de Aposentadoria ou Incapacidade concedido de acordo com o Regulamento do Plano de Aposentadoria, a Pensão por morte corresponderá a 50% (cinquenta por cento) do valor do Benefício em que o Participante percebia na data do falecimento, acrescido de 10% (dez por cento) por Beneficiário, até o máximo de 5 (cinco).
- II. Benefício de Aposentadoria ou Incapacidade concedido de acordo com o Regulamento do Plano de Aposentadoria Suplementar, a Pensão por Morte corresponderá a 60% (sessenta por cento) do valor do Benefício de Aposentadoria ou Incapacidade que o Participante percebia na data do falecimento.

DADOS DO PARTICIPANTE

Empresa _____

Local de trabalho (unidade) _____ Nº de matrícula na empresa _____

Admissão ____/____/____ Desligamento ____/____/____

Nome _____

Sexo F M CPF _____ RG _____

Data de nascimento ____/____/____ Estado civil _____

Residente ou domiciliado no exterior? SIM NÃO

Endereço residencial _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

Telefone fixo _____ Telefone celular _____ aceito receber SMS

Email _____

Tipo de pagamento:

crédito em banco Banco: _____; agência: _____; conta corrente: _____

ordem de pagamento (a quem não possui conta em banco)

DADOS DO BENEFICIÁRIO PRINCIPAL DE PENSÃO

Nome _____

Sexo F M CPF _____ RG _____

Data de nascimento ____/____/____ Estado civil _____

Endereço residencial _____ Bairro _____

Cidade _____ UF _____ CEP _____

Telefone fixo _____ Telefone celular _____ aceito receber SMS

Email _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

1. Nome _____ Data de nasc. ____/____/____
Estado civil _____ CPF _____ RG _____
Sexo F M É politicamente exposto*? SIM NÃO Telefone _____
Endereço _____ UF _____ CEP _____
Email _____

Tipo de pagamento:

Crédito em conta, nº banco _____, agência _____, conta corrente _____
 Ordem de pagamento

2. Nome _____ Data de nasc. ____/____/____
Estado civil _____ CPF _____ RG _____
Sexo F M É politicamente exposto*? SIM NÃO Telefone _____
Endereço _____ UF _____ CEP _____
Email _____

Tipo de pagamento:

Crédito em conta, nº banco _____, agência _____, conta corrente _____
 Ordem de pagamento

Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em www.funsejem.org.br.

Nos termos do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente requerer o benefício acima assinalado. Comprometo-me a comunicar à Funsejem qualquer alteração das informações prestadas. Declaro ter ciência de que somente serei considerado beneficiário em caso de ser cônjuge/companheiro ou filho/enteado menor de 21 anos ou inválido, ou filho/enteado com idade entre 21 e 24 anos se comprovar que estou cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente. Nesta oportunidade, seguem anexos os documentos abaixo assinalados, os quais fazem parte integrante deste requerimento:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante bancário | <input type="checkbox"/> Cópia do atestado de óbito do participante |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço | <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF dos filhos |
| <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF do participante | <input type="checkbox"/> Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF do cônjuge/companheiro | <input type="checkbox"/> Comprovação de inscrição em curso de nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço | |
| <input type="checkbox"/> Cópia da certidão de casamento do participante ou documento de união estável com registro em cartório | |

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do beneficiário ou representante legal