

1. CNPB

1996.0037-47

2. PATROCINADORA

ASSOCIAÇÃO DAS PIONEIRAS SOCIAIS – APS

DADOS DO PARTICIPANTE

3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)

4. Matrícula na Patrocinadora:

5. CPF:

DADOS DO BENEFICIÁRIO

6. Nome Completo do requerente: (Sem abreviações)

7. Data de Nascimento:

/ /

8. CPF:

9. Identidade:

10. Órgão Expedidor UF:

11. Data de expedição:

/ /

12. Grau de Parentesco:

13. E-mail Particular:

14. Endereço completo (logradouro, complemento):

15. Bairro:

16. Cidade:

17. CEP:

18. UF:

19. Telefone(s) para contato:

20. Dependente(s) (Nome Completo) para IRRF

21. Grau de Parentesco:

22. Data de Nascimento

/ /

23. Sexo



Masculino



Feminino

24. Inválido



Sim



Não

25. Requerimento do benefício.

Nos termos do **artigo 25** do Regulamento do Plano de Benefícios SarahPrev, venho requerer o Benefício de Pensão por Morte.

26. Dados bancários para pagamento do benefício:



Beneficiário (obrigatório a partir de 18 anos)



Responsável Legal

Banco:

Agência nº:

Nº Conta:

Tipo de Conta



Poupança



Conta Corrente

Termos e condições:

- ☐ Comprometo-me a informar ao Sarah Previdência as ocorrências que ocasionarem a cessação do benefício.
- ☐ Com o recebimento total do benefício, o beneficiário concede a mais plena, geral, rasa e irrevogável quitação junto ao SARAH PREVIDÊNCIA em relação a todos os direitos e obrigações previstos neste Regulamento, não havendo mais a reclamar judicial ou extrajudicialmente, seja a qual título for, especialmente, mas não só, em relação à correção de valores por índices econômicos, substituição de índices de correção monetária, volatilidade de cotas e índices.
- ☐ Estou ciente das penas previstas para o crime de estelionato (reclusão, de 1 a 5 anos, e multa - artigo 171 do Código Penal Brasileiro), como também que estarei sujeito a devolver imediatamente as importâncias recebidas indevidamente em decorrência de omissão.

Local**Data****Assinatura do Requerente**, de de 20 **27. Consentimento Responsável Legal (Preencher no caso de Beneficiário menor de 18 anos):**

"Eu, CPF, responsável legal do(a) menor indicado(a) autorizo o tratamento dos dados pessoais para cumprimento do presente contrato, obrigações legais ou regulatórias e demais efeitos da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD)".

Tipo do Responsável Legal:☐ Pais ☐ Tutor ☐ Curador**Local****Data****Assinatura Responsável Legal**, de de 20 **28. Documentos Anexos:**

- ▷ Cópia da Certidão de Óbito
- ▷ Cópia da carta de concessão de pensão por morte, emitida pela Previdência Social Oficial
- ▷ Cópia da certidão PIS/PASEP, emitida pela Previdência Social Oficial
- ▷ Cópia autenticada do RG e CPF do Pensionista e do Representante Legal, se for o caso
- ▷ Cópia de dados bancários do Requerente ou do Responsável Legal.