

**DADOS DO PARTICIPANTE FALECIDO**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
 Matrícula: \_\_\_\_\_ Data do Óbito: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DADOS DO BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL**

Nome: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
 Telefones: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**COMPOSIÇÃO DO GRUPO FAMILIAR**

NOME	DATA DE NASCIMENTO	GRAU DE PARENTESCO	SEXO	CPF

**Atenção: beneficiários/designados menores de 12 anos**

Declaro ser o/a responsável legal do(s) beneficiário(s) indicado(s), nos termos do art. 14, §1º da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD (Lei nº 13.709/2018), responsabilizando-me pela veracidade, integridade e legitimidade das informações prestadas. Na hipótese de não ser o/a responsável legal do(s) dependente(s)/designado(s) acima indicado(s), comprometo-me a entregar, anexo a este documento, o Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelos responsáveis deste(s). Estou ciente que a manifestação contrária superveniente do menor, nos termos da lei, implicará cancelamento do plano, conforme previsão do regulamento.

**BENEFÍCIO REQUERIDO (RENDA MENSAL)**

TIPO DE PENSÃO	FORMA DE RECEBIMENTO
PENSÃO POR MORTE ATIVO C/ RISCO	RENDA MENSAL POR PRAZO CERTO (ANOS)
PENSÃO POR MORTE ATIVO S/ RISCO	_____ ANOS
PENSÃO POR MORTE ASSISTIDO	

\*Marque o tipo de pensão escolhendo a forma de renda:

- 1 - Renda Mensal Normal por prazo certo
- 2 - Renda Mensal Especial por prazo certo
- 3 - Renda Mensal por prazo indeterminado periodicamente ajustável

**DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO**

<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:</b>		
BANCO:	AGÊNCIA:	C/C:

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

- 1) Cópia da Carta de Concessão e Memória de Cálculo de Benefício no INSS;
- 2) Cópia da Certidão de Casamento ou Certidão de Nascimento;
- 3) Cópia dos Documentos Pessoais (RG, CPF, Comprovante de Residência);
- 4) Cópia da Certidão de Óbito.

Os dados pessoais fornecidos neste instrumento são necessários para a finalidade que se propõe e serão tratados em estrita observância à Política de Proteção de Dados Pessoais da Fundiágua e às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

\_\_\_\_\_  
 BENEFICIÁRIO/RESPONSÁVEL

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

**USO EXCLUSIVO DA FUNDIÁGUA**

Elaborado por:	Conferido por:	Validado por:
Em: ____/____/____	Em: ____/____/____	Em: ____/____/____
_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura	_____ Carimbo e Assinatura