

Dados do Requerente

Nome completo		CPF	
RG	Parentesco	Data de Nascimento	Sexo () F () M
Estado Civil		Sexo	Inválido () Sim () Não
Logradouro		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
DDD+Telefone	DDD+Celular	Outros	
Email			

II - Dados do ex-participante

Nome completo		CPF	
Estado civil	Data de Nascimento	Sexo () F () M	Data do Óbito

() Requeiro o recebimento do Benefício de Pecúlio por Morte, estando ciente de que o referido benefício será pago em parcela única .

() Declaro estar ciente e de acordo com as regras contidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

() Estou ciente de que os dados pessoais informados neste formulário serão coletados e tratados pela Prevcom para execução do plano de benefícios, cumprimento de obrigações legais e regulatórias e comunicação institucional, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

() Estou ciente de que esses dados poderão ser compartilhados com órgãos reguladores, autoridades pública se prestadores de serviços necessários à operação da EFPC, sempre observadas as disposições legais aplicáveis.

Você poderá exercer seus direitos previstos na LGPD, como acesso, correção e exclusão de dados, pelo **Formulário de Solicitação do Titular De Dados (STD)**. Consulte nossa Política de Privacidade [aqui](#).

Local e Data

Assinatura do Requerente/Representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)