



I. Dados do requerente

Nome completo			
CPF		Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	
Estado civil		Sexo () Feminino () Masculino	
Parentesco		Inválido () Sim () Não	
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)	
Email		Outros	

II. Dados do ex-participante

Nome completo	
CPF	Data de nascimento (DD/MM/AAAA)
Estado civil	Sexo () Feminino () Masculino
Data do óbito (DD/MM/AAAA)	

() 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 meus dados pessoais serão utilizados e tratados pela Prevcom para administração do benefício de pecúlio por morte, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 e com a Política de Privacidade da fundação.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____
Assinatura do requerente

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)	Responsável pela análise (carimbo e assinatura)
----------------------------------	---