

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

Dados do Requerente

Nome		CPF
Plano Plano de Benefícios I	Patrocinadora Banco do Brasil (BESC)	
Data de Nascimento	Data da Rescisão na Patrocinadora	
Endereço		Nº
Bairro		Complemento
Cidade		UF
CEP	Telefone	Celular
Agência BB	Conta Corrente	CNPJ Agência
E-mail		

A pessoa acima identificada vem, na forma do Regulamento do Plano de Benefícios I, requerer:

Tipo de Benefício: ☐ Supl. de Aposentadoria por Invalidez ☐ Supl. de Aposentadoria por Tempo de Contribuição
☐ Supl. de Aposentadoria por Idade ☐ Supl. de Aposentadoria Especial

_____/_____/_____
Data

Local

Assinatura do Requerente



Declaração dos Dependentes

Os dependentes abaixo declarados, desde que assim sejam reconhecidos pela Previdência Social e possuam relação de dependência permitida pelo Regulamento do Plano de Benefícios acima identificado serão considerados para efeito de cálculo do benefício requerido, quando concedido na forma vitalícia.

Nome	Relação de Dependência	Data de Nascimento	Invalído (S/N)	Dep. IR (S/N)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

Relação de dependentes Possíveis (Coloque o número relacionado abaixo no campo acima solicitado):
(1) Cônjuge / (2) Companheiro (a) / (3) Ex-cônjuge / (4) Ex-companheiro(a) / (5) Filho(a) ou enteado(a).

A comprovação da relação de dependência das pessoas acima declaradas dependerá da apresentação da seguinte documentação, sem prejuízo de outros documentos que poderão ser solicitados: Certidão de casamento, certidão de nascimento dos filhos ou enteados, declaração de que o dependente é estudante em curso superior oficialmente reconhecido, para filho(a) solteiro(a) com idade superior a 21 e menor que 24 anos; atestado de invalidez para filho(a) ou enteado(a), comprovação de pagamento de pensão alimentícia para ex-cônjuge ou ex-companheiro(a), comprovante de união estável com companheiro(a).

A inclusão ou alteração de dependentes, por parte de Assistido de renda vitalícia, terá reflexo no valor do benefício, conforme dispõe o Regulamento do Plano.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

AVISO DE TRANSPARÊNCIA: Os dados pessoais informados neste formulário poderão ser compartilhados com terceiros para a realização dos serviços contratados pela FUSESC para a execução de suas atividades e nas demais situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018).

_____/_____/_____
Data Local Assinatura do Requerente

