

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR MORTE DE ASSISTIDO

Nome do Instituidor:

Nome:

Matrícula Fundação Libertas:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro/Distrito:

Município:

UF:

CEP:

Telefones:

Carteira de Identidade:

CPF:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

E-mail:

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO**

**OPÇÕES DE RENDA MENSAL**

Continuar recebendo até o término do prazo escolhido pelo Assistido.

Desejo receber a parcela referente ao Abono Anual (13 – Décimo terceiro).

Parcela única

**Declaro junto à fundação Libertas, serem verdadeiras todas as informações acima.**

\_\_\_\_\_

Local:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data:

\_\_\_\_\_

Assinatura do requerente