

Leia todas as instruções antes do preenchimento.

Identificação do(a) Participante

Nome Completo:	Matrícula Sistel:
----------------	-------------------

Identificação do(a) Beneficiário(a) Representante

Nome Completo:

Tipo de Beneficiário(a): Cônjuge Ex-cônjuge Companheiro(a) Ex-companheiro(a) Filho(a) Enteadado(a)

Data de Nascimento: CPF: Estado Civil: Solteiro(a) Divorciado(a) Separado Judicialmente Casado(a) Viúvo(a) Sexo: F. M.

Nº do Documento de Identificação: Data de Expedição: Órgão Emissor: UF:

Naturalidade: UF: Nacionalidade: Nº Dep. IR:

Nome do Pai:

Nome da Mãe:

Endereço: Telefone Residencial: ()

Complemento: Bairro: Telefone Celular: ()

Cidade: UF: CEP: País: Telefone Complementar: ()

E-mail: E-mail Complementar:

Nome do Banco: Banco do Brasil Bradesco Itaú Santander Nº Agência: Nº Conta: Tipo: Corrente Salário

O preenchimento continua na próxima página.

Local e data:

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Representante:

⚠ **Leia todas as instruções antes do preenchimento.**

Identificação dos(as) Beneficiários(as) Representados(as)

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____ CPF: _____ Estado Civil: Solteiro(a) Divorciado(a) Separado Judicialmente Casado(a) Viúvo(a) Sexo: F. M.

E-mail: _____ Telefone Residencial: () _____ Telefone Celular: () _____

Tipo de Beneficiário(a): Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Ex-cônjuge Ex-companheiro(a) Enteado(a)

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: _____ CPF: _____ Estado Civil: Solteiro(a) Divorciado(a) Separado Judicialmente Casado(a) Viúvo(a) Sexo: F. M.

E-mail: _____ Telefone Residencial: () _____ Telefone Celular: () _____

Tipo de Beneficiário(a): Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Ex-cônjuge Ex-companheiro(a) Enteado(a)

Pessoa Politicamente Exposta - PPE? SIM NÃO

Caso sua resposta seja SIM, é necessário enviar formulário específico de PPE disponível no portal da Sistel.

PPE é aquela pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. (Exemplo: pai, mãe, cônjuge, filho(a), enteado(a), sócio(a), etc.).

Termo de Responsabilidade

Solicito a concessão do benefício de pensão por morte e declaro que:

- As informações prestadas são verdadeiras;
- Tenho ciência dos critérios estabelecidos no regulamento do plano;
- Autorizo a descontar dos benefícios requeridos quaisquer débitos porventura existentes;
- Estou ciente de que na concessão do benefício de Pensão a opção de recebimento do benefício permanecerá a mesma do Benefício de Aposentadoria (quer seja Renda por Prazo Certo ou por Percentual do Saldo de Conta) e que só poderei alterá-la anualmente, no mês de recálculo, desde que a opção seja feita até o último dia útil do mês de novembro do ano anterior, conforme estipulado em Regulamento;
- A ocorrência de qualquer evento que importe a perda da qualidade de beneficiário deverá ser comunicada à SISTEL, imediatamente, mediante apresentação da documentação devida;
- A falta do cumprimento do compromisso ora assumido, implicará a devolução das importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, além das aplicações das sanções previstas em lei;
- Os Dados Pessoais indicados nesse formulário serão utilizados pela Fundação Sistel, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7º, incisos II e V, da Lei Geral de Proteção de Dados de nº 13.709 de 14/08/2018;
- Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para encarregado@sistel.com.br

Local e data:

Assinatura do(a) Beneficiário(a) Representante:

_____, ____/____/____

_____, ____/____/____

- Preencher todas as informações solicitadas em letra de forma e sem abreviaturas;
- N° Dep. I.R.: Informar a quantidade de dependentes para Imposto de Renda.

Quem pode ser Beneficiário(a) do(a) Participante?

- Cônjuge ou companheiro(a);
- Filho(a) solteiro(a) menor de 21 anos, menor de 24 anos se universitário(a) ou inválido(a);
- Enteado(a) dependente economicamente do(a) Participante, solteiro(a) menor de 21 anos, universitário(a) menor de 24 anos ou inválidos;
- Ex-cônjuge ou ex-companheiro(a) com percepção de pensão alimentícia.

Enviar cópia dos seguintes documentos:

- Certidão de óbito do participante;
- Comprovante dos dados bancários do receptor do Benefício;
- Documento de identificação e CPF, para todos os beneficiários;
- **Para solicitação de isenção de imposto de renda é necessário o envio da cópia autenticada do Laudo Médico pericial emitido por médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou do Município, emitido há, no máximo, 6 meses, contendo:**
 - Nome do paciente
 - Nome da doença e CID;
 - Data de início da moléstia grave;
 - Assinatura do Médico (credenciado pelo SUS) com carimbo contendo o CRM;
 - Identificação da moléstia grave.

Representante legal, se houver:

- Cópia do documento de identificação;
- CPF;
- Cópia autenticada da Procuração ou Termo de Curatela/Tutela.

Conforme o Tipo de Beneficiário(a), é necessário enviar também cópia do(s) documento(s) abaixo:

Cônjuge:

- Certidão de Casamento atualizada nos últimos 12 meses.

Ex-cônjuge:

- Certidão de Casamento com averbação da separação judicial ou divórcio;
- Ofício de determinação de pensão alimentícia

Companheiro(a):

- Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 12 meses;
- Declaração de União Estável;
- 3 comprovantes de dependência econômica.

Ex-companheiro(a):

- Ofício de determinação de pensão alimentícia.

Filho(a):

- Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 12 meses, se maior de 16 anos;
- Declaração de Escolaridade, de ensino superior oficial, para maiores de 21 anos e menores de 24.

Filho(a) Inválido(a):

- Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 12 meses, se maior de 16 anos;
- Cópia autenticada do Laudo Médico pericial emitido por médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou do Município, emitido há, no máximo, 6 meses, contendo:
 - Nome do paciente;
 - Declaração da invalidez;
 - Data de início da invalidez;
 - Assinatura do Médico (credenciado pelo SUS) com carimbo contendo o CRM.

Enteado(a):

- Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 12 meses, se maior de 16 anos;
- Declaração de Escolaridade, de ensino superior oficial, para maiores de 21 anos e menores de 24;
- 3 comprovantes de dependência econômica.

Enteado(a) Inválido(a):

- Certidão de Nascimento atualizada nos últimos 12 meses, se maior de 16 anos;
- 3 comprovantes de dependência econômica;
- Cópia autenticada do Laudo Médico pericial emitido por médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou do Município, emitido há, no máximo, 6 meses, contendo:
 - Nome do paciente;
 - Declaração da invalidez;
 - Data de início da invalidez;
 - Assinatura do Médico (credenciado pelo SUS) com carimbo contendo o CRM.

Documentos para comprovação de dependência econômica (exemplo):

- Justificação judicial;
- Declaração do Imposto de Renda onde conste o interessado como dependente;
- Anotação constante de Ficha ou livro de Registro de Empregados;
- Anotação na Carteira de Trabalho e Previdência Social;
- Declaração especial feita perante tabelião;
- Certidão de casamento religioso;
- Prova de mesmo domicílio;
- Conta bancária conjunta;
- Prova de encargos domésticos evidentes (água, luz, telefone, etc.);
- Registro em associação de qualquer natureza onde conste o interessado como dependente;
- Ficha de tratamento em instituição de assistência médica, da qual conste seu nome como responsável;
- Apólice de seguro;
- Escritura de compra de imóvel.

Observações:

- A Fundação Sistel pode exigir os documentos que, a seu juízo, permitam formar plena convicção sobre a solicitação em questão;
- As declarações devem ser originais;
- As procurações devem ser originais ou autenticadas em cartório com emissão nos últimos 2 anos;
- O Termo de Curatela/Tutela, se provisório, deverá ter data de emissão ou revalidação nos últimos 2 anos.

Canais de Relacionamento Sistel:

Portal Sistel: www.sistel.com.br

Facebook: www.facebook.com/FundacaoSistel

E-mail: correspondenciasistel@sistel.com.br

Central de Relacionamento: 0800 602 1801

Fale Conosco na área restrita do Portal Sistel

Endereço: SEPS 702/902, Conjunto B, Bloco A, Ed. General Alencastro, Brasília-DF, CEP 70390-025