

PREENCHIDO PELO FUCAP:

Código do Benefício:

Nome do Participante:

## ***DECLARAÇÃO DE VIDA E RESIDÊNCIA***

PREENCHIDO PELO PARTICIPANTE ASSISTIDO:

Eu, \_\_\_\_\_, na qualidade de participante assistido do FUNDO DE PENSÃO CAPEMI – FUCAP, declaro sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo ao FUCAP qualquer responsabilidade, comprometo-me a manter atualizados o endereço e os dependentes. Estou ciente que a falta de cumprimento do compromisso assumido, acarretará a suspensão do pagamento mensal da complementação, além de obrigar a devolução das importâncias recebidas indevidamente.

Rua	Número
-----	--------

Complemento	Bairro	Cidade	Estado
-------------	--------	--------	--------

CEP	Telefone Residencial ( )
-----	-----------------------------

### **RELAÇÃO DE DEPENDENTES**

<b>Nome</b>	<b>Grau de parentesco</b>	<b>Data de Nascimento</b>

Local e Data

Assinatura do Participante Assistido

### **ATENÇÃO:**

- Procure manter atualizado o endereço para correspondência;
- Não é aceita assinatura de procurador;
- Esta declaração deve ser entregue ao FUCAP, impreterivelmente, até o mês de MARÇO do ano corrente;
- Caso o benefício INSS seja mantido fora do convênio, encaminhar xerox do espelho do INSS