

DECLARAÇÃO DE VIDA E RESIDÊNCIA

PREENCHIDO PELO FUCAP

CÓD DO BENEFÍCIO

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 endereço e os dependentes. Estou ciente de que a falta de cumprimento do compromisso assumido acarretará a suspensão do pagamento mensal da complementação, além de obrigar à devolução das importâncias recebidas indevidamente.

RUA E NÚMERO

BAIRRO

CIDADE

EST .

CEP

DDD

TELEFONE

E-MAIL

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE ASSISTIDO

RELAÇÃO DE DEPENDENTES (OS MESMOS RECONHECIDOS PELA PREVIDENCIA SOCIAL)

NOME	GRAU DE PARENTESCO	DATA NASCIMENTO

ATENÇÃO:

- Procure manter atualizado o endereço para correspondência.
- Em caso de procurador anexar a procuração atualizada.
- Esta declaração deve ser enviada ao FUCAP, impreterivelmente, até o mês de maio de 2025.

Para os fins previstos no Art. 7º, inciso V da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD — Lei Geral de Proteção de Dados") e em observância ao disposto no artigo 5º Incisos, II e XII da citada lei, MANIFESTO EXPRESSAMENTE O MEU CONSENTIMENTO, DE LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE E DE FORMA INEQUÍVOCA, para COLETA, USO E TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS ora por mim apresentados, os quais deverão ser utilizados pelo FUCAP, para finalidade específica de execução e gestão do plano de previdência complementar.