

Requerimento de Benefício

Regulamento Complementar 02

Nome do Participante

Matrícula	Requerente
-----------	------------

Dados do Participante / Requerente

Endereço		Complemento		
Bairro	Cidade		UF	
CEP	Telefone Residencial		Celular	
E-mail		CPF		Data de nascimento
Banco		Agência		Conta Corrente

O abaixo assinado requer deste Instituto de Seguridade o benefício de: **Aposentadoria por Invalidez**

Complementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição	Complementação de Aposentadoria por idade		
Auxílio Doença	Acidente de Trabalho	Pecúlio por Morte	Pecúlio por Invalidez
Pensão por Morte	Auxílio Funeral Estatutário		

Declaração de Encargos de Família para Fins de Imposto de Renda

Nos termos da legislação do Imposto de Renda, venho pela presente informar que tenho, como encargos de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Nome	CPF	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

Declaro, sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade.

Autorizo o Economus Instituto de Seguridade Social a descontar do benefício requerido quaisquer débitos por ventura existentes com a Entidade.

Em caso de Auxílio Doença e/ou Acidente de Trabalho comprometo-me a devolver os valores pagos indevidamente por qualquer motivo, dentre esses os recebidos devido a alteração da data de início ou data de cessação. Declaro ainda que enviarei uma cópia de todas as perícias que forem realizadas (CREM) para o Economus, estando ciente da cessação da complementação caso o envio não seja realizado.

Local e Data

Assinatura do Participante / Requerente