

Este formulário deve ser utilizado pelo beneficiário para atualização do cadastro e comprovação de domicílio do participante falecido dos planos de previdência da Porto Seguro no momento da habilitação de benefícios

Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, Residente na rua/av/al _____, Nº _____, Complemento _____, Bairro _____, Cidade/município _____, Cep _____, Estado _____ **DECLARO** para devidos fins, que o sr(a) _____, portador da carteira de identidade nº _____, CPF nº _____, residia no endereço discriminado abaixo:

Rua/av/al _____, Nº _____, complemento _____ Bairro _____, Cidade/município _____, Cep _____, Estado _____.

Declaro também que as informações acima são verdadeiras e estou ciente de estar sujeito às penas da legislação pertinente caso tenha afirmado falsamente os dados acima preenchidos.

IMPORTANTE:

Anexar à declaração os seguintes documentos:

- Cópia da identidade do declarante;
- Cópia do comprovante de residência em nome do declarante (últimos 02 meses);

Obs: A assinatura na declaração deve ser igual a da identidade;

Além da documentação indicada, o beneficiário deve entregar também os documentos necessários para a habilitação do benefício, relacionados no formulário 1070.16.01.E - Habilitação de Benefícios.

Esta declaração não pode conter rasuras.

Local e Data

Assinatura do Declarante