

REQUERIMENTO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL

Matricula CORSAN	
-------------------------	--

NOME			
E-MAIL		TELEFONE	

DEPENDENTE

Grau de Dependência	3	Filho(a) até 21 anos	6	Enteado(a)
1		Filho(a) até 24 anos Universitário	7	Tutelado(a)
2		Filho(a) Invalído ou incapaz	8	Genitor(a)

Grau de Depend.	Nome	Incluir, Excluir ou Manter	Sexo M / F	Data de Nascimento (dd / mm / aaaa)

- Deverá ser enviado juntamente com o formulário, o documento comprobatório do dependente.

Situações para considerar o filho(a) inválido ou incapaz:

- a incapacidade para o trabalho é total e permanente;
- a invalidez manteve-se de forma ininterrupta até o preenchimento de todos os requisitos de elegibilidade ao benefício;
- a invalidez seja anterior ou simultânea ao óbito do segurado.

Autorizo, como responsável legal, a utilização dos dados pessoais aqui informados dos menores de idade, especificamente para fins de cumprimento de contrato.

Tempo de Contribuição (serviço) de Corsan e Anterior a Corsan

Nome da Empresa	Admissão	
	Demissão	
Nome da Empresa	Admissão	
	Demissão	
Nome da Empresa	Admissão	
	Demissão	
Nome da Empresa	Admissão	
	Demissão	

A Funcorsan informa que os dados pessoais, inclusive sensíveis, informados serão utilizados exclusivamente para finalidades de cumprimento de contrato.

- Preencha este formulário com dados relativos ao tempo anterior ao ingresso na Patrocinadora.
 - Deverá ser enviada juntamente com o formulário, o documento comprobatório do tempo de contribuição.
- Contribuição.
- Se os quadros disponíveis não forem suficientes, faça cópias (xerox) quantas forem necessárias.

Importante: O Participante que apresentar dados cadastrais diferentes daqueles fornecidos por ocasião de sua inscrição, e esta alteração implicar elevação do valor da sua Reserva Matemática, poderá optar em receber Benefício proporcional ou arcar com a respectiva diferença da Reserva Matemática, que será atuarialmente apurada.

DATA _____

Assinatura do Declarante _____