

<b>CNPB</b> 2013.0017-38	<b>Nome completo do(a) ex-participante</b> (sem abreviações)
<b>CPF</b>	<b>Data do óbito</b>

## IDENTIFICAÇÃO DO(A) HERDEIRO(A) LEGAL

<b>Nome completo</b> (sem abreviações)			
<b>Sexo</b> <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino	<b>Vínculo/Parentesco</b>	<b>Data de nascimento</b>	
<b>CPF</b>	<b>Identidade</b>	<b>Órgão expedidor/UF</b>	
<b>Estado civil</b>	<b>Naturalidade</b>	<b>Nacionalidade</b>	
<b>Endereço completo</b> (avenida, rua, quadra, número, complemento etc)			
<b>Bairro</b>	<b>Cidade</b>	<b>UF</b>	<b>CEP</b>
<b>Telefones:</b> (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular	
<b>Emails</b> (informar em ordem de preferência: institucional/profissional e pessoal)			
<b>Dados Bancários:</b> Tipo de conta <input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Poupança	Nome do banco	Agência	Código/número da conta

**REQUEIRO**, nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios JusMP-Prev, o pagamento da **reserva individual** existente, na devida proporção, por motivo do óbito do ex-participante acima identificado, conforme determinação judicial ou escritura pública de inventário e partilha. Para tanto junto os seguintes documentos:

- Cópia autenticada da certidão de óbito do ex-participante;
- Cópia simples do RG e CPF do(a) herdeiro(a) e, se for o caso, do(a) representante legal, com o respectivo instrumento de representação;
- Original ou cópia autenticada do alvará judicial ou escritura pública de inventário e partilha;
- Comprovante da conta bancária individual ou conjunta em nome do(a) herdeiro(a) [por exemplo: cópia da frente do cartão bancário]; e
- O formulário da Icatu de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado, caso o participante tenha contratado a Cobertura Adicional de Risco (Car). A regulação do sinistro será realizada pela seguradora, que poderá solicitar, eventualmente, documentos adicionais.

**DECLARO** ter conhecimento de que a efetivação do pagamento ocasiona a quitação de todos os compromissos do Plano JusMP-Prev para com o(a) ex-participante, seus(suas) beneficiários(as) ou herdeiros(as) legais. Declaro, ainda, estar ciente de que os valores pagos estão sujeitos a tributação do imposto de renda pessoa física, conforme opção realizada pelo ex-participante.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Local e data Assinatura do(a) herdeiro(a)

**Dados a serem preenchidos pelo Responsável da Funpresp-Jud:**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Local e data do protocolo Carimbo e assinatura do responsável

O(s) formulário(s), que estão disponíveis no sítio eletrônico da Funpresp-Jud, devem ser entregues ou enviados à Fundação (para o endereço: Setor Comercial Norte, quadra 4, bloco B, Edifício Varig, Torre Sul, 8º andar, sala 803, Asa Norte, Brasília/DF, CEP: 70.714-020).