

Nº ____ / ____

DECLARAÇÃO

Declaro que tenho conhecimento da obrigatoriedade de fazer PROVA DE VIDA anual junto ao Agros como requisito para a continuidade de recebimento do benefício de suplementação de aposentadoria / pensão por morte pago pela Entidade.

Não tendo condições de comparecer pessoalmente ao Agros no período estabelecido, apresento PROVA DE VIDA conforme informações abaixo:

Nome completo: _____

CPF: _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefone para contato: () _____ E-mail: _____

Dados bancários de recebimento do benefício:

Banco _____ / Agencia _____ / Conta _____

Declaro, ainda, sob as penas da lei, que os dados informados neste formulário correspondem a expressão da verdade.

Assinatura

____/____/____
Data

PARA CARTÓRIO: Reconhecimento de firma somente POR AUTENTICIDADE.

Lembrete: enviar juntamente com esta declaração a cópia **autenticada** do documento de identidade.

Agros: previdência, saúde e qualidade de vida no presente e no futuro!