



REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DE SUPLEMENTAÇÃO MENSAL

O abaixo assinado, Participante dessa Entidade Fechada de Previdência Privada, identificado pelas informações que seguem:

Nome do (a) Participante:			Data de Nascimento:		
Nº do Doc. de Identidade:	Órgão Expedidor:	CPF:	e-mail:		
Endereço (Rua, / número/apto.):			Telefone:		
Bairro:	CEP	Cidade:	UF:		
Estado Civil:					
<input type="checkbox"/> Solteiro(a)	<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Separado (a) Judicialmente	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)	<input type="checkbox"/> Viúvo(a)

REQUER (tipo de suplementação mensal, de acordo com o previsto do Regulamento do Plano Básico):

<input type="checkbox"/> Suplementação Mensal de Aposentadoria Normal	<input type="checkbox"/> Suplementação Mensal de Aposentadoria por Invalidez
<input type="checkbox"/> Suplementação Mensal de Aposentadoria Antecipada	

CONTA CORRENTE PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO:

Cód do Banco	Nome do Banco	Agência nº	Conta Corrente nº
--------------	---------------	------------	-------------------

BENEFICIÁRIO(S):

Nome	Data de Nascimento	Sexo		Código de Dependente (ver tabela abaixo)
	___/___/___	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	
	___/___/___	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	

TABELA: CÓDIGOS DE DEPENDENTES (comprovação da condição de acordo c/o Reg. Plano Básico)

- 1- CÔNJUGE
- 2- COMPANHEIRO (A) (UNIÃO ESTÁVEL)
- 3- EX-CÔNJUGE QUE PERCEBE POR DECISÃO JUDICIAL PRESTAÇÃO DE ALIMENTOS OU OUTRO AUXÍLIO FINANCEIRO
- 4- FILHO (A) VÁLIDO COM MENOS DE 21 ANOS
- 5- FILHO (A) INVÁLIDO
- 6- MENOR QUE, POR DETERMINAÇÃO JUDICIAL, SE ACHE SOB SUA GUARDA
- 7- MENOR QUE SE ACHA SOB SUA TUTELA. NÃO POSSUEM BENS/ RENDAS P/PRÓPRIO SUSTENTO E EDUCAÇÃO

Possui Encargos de Família p/ Fins de Imposto de Renda? Sim Não

DECLARAÇÃO – TERMO DE RESPONSABILIDADE/COMPROMISSO – AUTORIZAÇÃO

- 1- Declaro-me responsável pela veracidade das informações acima prestadas, comprometendo-me a comprová-las caso necessário;
- 2- Declaro ter ciência inequívoca do previsto no Regulamento do Plano Básico, bem como me comprometo a cumprir todas as suas disposições, em especial o que trata da documentação exigida, sob pena de tornar sem efeito o presente requerimento.
- 3- Declaro ter recebido cópia do Regulamento do Plano Básico;
- 4- Autorizo o pagamento do benefício na conta corrente acima informada;
- 5- Declaro estar ciente que alterações de informações dos beneficiários, como por exemplo, nova inclusão, implicará na revisão do benefício concedido. Outrossim, comprometo-me a comunicar à PREVICEL qualquer evento que modifique a situação do beneficiário declarado.

LOCAL E DATA	ASSINATURA
_____	_____

RESERVADO A PREVICEL

DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS APRESENTADOS E TEMPOS MÍNIMOS NECESSÁRIOS A CONCESSÃO DO BENEFÍCIO:

Cópia da Rescisão Contratual (p/ Suplementação de Aposentadoria Normal ou Antecipada).

Comprovante de Aposentadoria Concedida pelo INSS.

Tipo: Por Tempo de Contribuição

Por Idade

Por Invalidez

Cumprimento da Idade Mínima (mínimo de 55 anos p/ Apos. Normal e 50 anos p/ Apos. Antecipada): _____ anos.

Cumprimento de Tempo Mínimo de Trabalho na Patrocinadora (mínimo de 10 anos): _____ anos.

Cumprimento de Tempo de Contribuição ao Plano Básico (mínimo de 5 anos p/fundador e de 10 p/não fundador): _____ anos.

OUTROS DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Declaração de Encargos de Família p/ Fins de Imposto de Renda.

CONCESSÃO DO BENEFÍCIO:

Pedido Indeferido, motivo:

Não cumprimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano. _____

Falta de documentação comprobatória. _____

Pedido Deferido, cumprimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano e apresentação da documentação comprobatória.

Tipo de Suplementação Mensal Concedida: _____

Data da Concessão: ____/____/____

Valor Nominal do Benefício: R\$ _____

Valor por extenso (_____)

Obs: _____

Concedido por _____

Diretor(a) de Seguridade: _____

Em ____/____/____

Visto, em ____/____/____