FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA

I. Dados do requerente

Nome completo			
CPF	RG		
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)	Sexo (◯) Feminino (◯) Masculino		
Estado civil	Inválido (◯) Sim (◯) Não		
Logradouro	Número	Complemento	
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)	Celular (DDD + número)		
Email	Outros		

II. Forma de pagamento e de reajustamento

1. Opto por receber o Benefício de **Aposentadoria** na forma seguinte:

A. (◯) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número constante de cotas, pelo período de _____ meses (não inferior a 60 (sessenta) meses);

B. (◯) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número decrescente de cotas, pelo período de _____ meses (não inferior a 60 (sessenta) meses);

C. (◯) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número constante de cotas, pelo período determinado com base na expectativa de vida apontada por tábuas biométricas indicadas em Nota Técnica Atuarial;

D. (◯) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número decrescente de cotas, pelo período determinado com base na expectativa de vida apontada por tábuas biométricas indicadas em Nota Técnica Atuarial;

E. (◯) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a _____% das cotas existentes em cada mês na Conta Individual em meu nome (esse valor não pode ser superior a 3% do total de cotas e não pode gerar, inicialmente, resgate em prazo inferior a 60 (sessenta) meses);

F. (◯) Renda Mensal atuarial expressa em valor monetário correspondente a um número constante de cotas apurado anualmente, pela divisão simples do saldo na Conta Individual remanescente no início de cada ano pelo fator atuarial vigente correspondente a uma renda vitalícia com base nas premissas demográficas e financeiras constantes de Nota Técnica Atuarial.

Caso tenha sido feita a opção pelo recebimento do benefício na forma prevista na letra F, estarei ciente de que essa renda será recalculada anualmente no mês de dezembro, respeitado o limite mínimo previsto nos Regulamentos dos Planos, com base no saldo em cotas da Conta Individual remanescente apurado e nas premissas atuariais e financeiras constantes na nota técnica atuarial vigente para o exercício, devendo ser observadas as tábuas biométricas e taxa de juros atuarial.

2. Requeiro, nos termos do artigo 35, § 1º, do Regulamento do Plano de Benefícios, o recebimento da importância em dinheiro correspondente a _____% (até 15%) do total de cotas existentes na Conta Individual, fazendo jus à Renda Mensal correspondente ao restante das cotas acumuladas em meu nome sob a forma por mim especificada:

(◯) Sim (◯) Não

Estou ciente de que o recebimento da importância por mim especificada poderá ser requerida uma única vez.

3. (☐) Opto por receber, no mesmo exercício, em caráter irrevogável, a quantidade de parcelas mensais abaixo assinalada:

a) (◯) 12 (doze) parcelas; **b)** (◯) 13 (treze) parcelas;

Caso seja feita a opção pelo recebimento em 13 (treze) parcelas, o pagamento da 13ª (décima terceira) parcela será efetuado junto com o pagamento de novembro do ano em curso.

4. ( ) Estou ciente de que o percentual e a forma por mim especificada para o recebimento do benefício pago como renda mensal poderão ser revistos, anualmente, mediante novo requerimento à PREVCOM, disponível na área restrita do Participante, no site www.prevcom.com.br.

5. ( ) Estou ciente de que se o valor da renda mensal não atingir o limite mínimo de 1 (uma) UMP, o pagamento se dará em parcela única.

6. ( ) Declaro estar ciente e de acordo com as condições do presente requerimento, bem como com as demais regras previstas no Regulamento do Plano de Benefícios.

7. ( ) Estou ciente que os dados pessoais informados neste formulário serão coletados e tratados pela Prevcom para execução do plano de benefícios, cumprimento de obrigações legais e regulatórias e comunicação institucional, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

8. ( ) Estou ciente que esses dados poderão ser compartilhados com órgãos reguladores, autoridades públicas e prestadores de serviços necessários à operação da EFPC, sempre observadas as disposições legais aplicáveis.

Você poderá exercer seus direitos previstos na LGPD, como acesso, correção e exclusão de dados, pelo **Formulário de Solicitação do Titular De Dados (STD)**. Consulte nossa Política de Privacidade **aqui**.

São Paulo, _____ de _____ de 20 _____ _____

Assinatura do requerente

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)	Responsável pela análise (carimbo e assinatura)