



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO POR INVALIDEZ

I - DADOS DO REQUERENTE

Nome Completo:

CPF:

RG:

Data de Nascimento:

Sexo: () F () M

Estado Civil:

Inválido: () Sim () Não

Logradouro:

Nº

Compl.:

Bairro:

CEP:

Cidade:

UF:

DDD/Telefone:

DDD/Celular:

E-mail:

Outros:

II - FORMA DE PAGAMENTO E DE REAJUSTAMENTO

1. Opto por receber o **Benefício por Invalidez** 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.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO POR INVALIDEZ**

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. Houve contratação do Benefício de Risco por Invalidez?

() Sim e estou ciente de que o valor pago pela Seguradora será acrescido ao meu saldo de contas para efeito do pagamento de renda mensal.

() Não.

5. () 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.

6. () 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.

7. () 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.

São Paulo, ____ de _____ de 20____.

REQUERENTE

Data de Deferimento: ____/____/____

RESPONSÁVEL PELA ANÁLISE - PREVCOM

(carimbo e assinatura)