



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO  
REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE PENSÃO POR MORTE

**I - DADOS DO REQUERENTE**

Nome Completo:			
CPF:		RG:	
Data de Nascimento:		Sexo: ( ) F ( ) M	
Estado Civil:		Parentesco:	
Inválido: ( ) Sim ( ) Não			
Logradouro:		Nº	Compl.:
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
DDD/Telefone:		DDD/Celular:	
E-mail:		Outros:	

**II - DADOS DO EX-PARTICIPANTE**

Nome Completo:	
CPF:	Data de nascimento:
Sexo: ( ) F ( ) M	Estado civil:
Data do Óbito:	

**III - FORMA DE PAGAMENTO E DE REAJUSTAMENTO**

1. Opto por receber o **Benefício de Pensão por Morte em renda mensal** 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. Caso o Participante tenha contratado o Benefício de Risco por Morte:

Opto pelo recebimento do Benefício de Pensão por Morte em renda mensal e estou ciente de que seu valor é resultante do saldo de contas acrescido do valor do Benefício de Pecúlio recebido da Seguradora: ( ) Sim

( ) 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](http://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)