

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO OU PENSÃO POR MORTE

Exclusivo a beneficiários de participante falecido

Marque um X sobre o benefício a requerer.

- Benefício por morte:** devido aos beneficiários no caso de falecimento de participante ativo ou que não estivesse aguardando a concessão de benefício proporcional ou que não fosse elegível ao benefício por invalidez
- Pensão por morte:** devido aos beneficiários no caso de falecimento de participante aposentado

Obs.: não há elegibilidade a mais de um benefício concomitantemente.

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome _____ Sexo F M
 Data de nascimento ____ / ____ / ____ CPF _____ RG _____

FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

O Benefício por morte será pago em parcela única e corresponderá ao resultado obtido com o somatório de I e II, sendo:

I = 36 (trinta e seis) vezes o Salário Aplicável mensal do Participante, limitado a 515 (quinhentas e quinze) vezes a Unidade de Referência Votorantim vigente na Data do Cálculo.

II = (a) + (b) + (c - d), onde:

- (a) = Conta de Participante
- (b) = Conta Normal + Conta Variável
- (c) = Conta Inicial
- (d) = I

A Pensão por morte corresponderá a: 100% (cem por cento) do valor do benefício que o participante percebia pela Funsejem na data de seu falecimento, pelo prazo remanescente.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Beneficiários: cônjuge/companheiro, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos ou inválidos. Filhos e enteados solteiros até a data em que completarem 24 anos, se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente.

1. Nome _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____
 Estado civil _____ CPF _____ RG _____
 Sexo F M É exposto politicamente?* SIM NÃO Telefone _____
 Endereço _____ Bairro _____
 Cidade _____ UF _____ CEP _____
 Email _____

Tipo de pagamento: Crédito em conta, n° banco _____, agência, _____, conta corrente _____
 Ordem de pagamento (a quem não possui conta em banco)

2. Nome _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____
 Estado civil _____ CPF _____ RG _____
 Sexo F M É exposto politicamente?* SIM NÃO Telefone _____
 Endereço _____ Bairro _____
 Cidade _____ UF _____ CEP _____
 Email _____

Tipo de pagamento: Crédito em conta, n° banco _____, agência, _____, conta corrente _____
 Ordem de pagamento (a quem não possui conta em banco)

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

3. Nome _____ Data de nascimento ____/____/____
Estado civil _____ CPF _____ RG _____
Sexo F M É exposto politicamente?* SIM NÃO Telefone _____
Endereço _____ Bairro _____
Cidade _____ UF _____ CEP _____
Email _____
Tipo de pagamento: Crédito em conta, n° banco _____, agência, _____, conta corrente _____
 Ordem de pagamento (a quem não possui conta em banco)

***Pessoa politicamente exposta:** agente público, (deputado, senador, procurador da república, ministro de estado, membro do STF), seus familiares (parentes na linha direta até primeiro grau, cônjuge, companheiro/a, enteado/a), representantes e outras pessoas de seu relacionamento próximo que desempenham ou tenham desempenhado nos últimos 5 anos, no Brasil ou exterior, cargo, emprego ou função pública relevante.

DADOS DOS DEPENDENTES (PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA)

1. Nome _____ Telefone _____
Grau de parentesco _____ Data de nasc. ____/____/____ Inválido S N Universitário S N
2. Nome _____ Telefone _____
Grau de parentesco _____ Data de nasc. ____/____/____ Inválido S N Universitário S N

Os dados pessoais constantes nesse formulário serão utilizados para processamento da sua solicitação, execução do seu contrato, cumprimento de obrigações legais ou regulatórias, e de acordo com o previsto em nossa Política de Privacidade e na Lei Geral de Proteção de Dados – Lei nº 13.709/2018. Conheça mais sobre como tratamos seus dados pessoais em nossa Política de Privacidade em www.funsejem.org.br.

Nos termos do regulamento do plano de benefícios VCNE, venho pela presente requerer o benefício acima assinalado. Comprometo-me a comunicar à Funsejem qualquer alteração de beneficiários, e a revogação da procuração ou curatela, se o caso. Declaro ter ciência de que somente serei considerado beneficiário em caso de ser cônjuge ou companheiro, filho inválido, ou filho/enteado com idade entre 21 e 24 anos se comprovar que estou cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente. Nesta oportunidade, seguem anexos os documentos abaixo assinalados, os quais fazem parte integrante deste requerimento

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante bancário | <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF dos filhos |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço | <input type="checkbox"/> Cópia do atestado de óbito do participante |
| <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF do participante | <input type="checkbox"/> Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver) |
| <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF do cônjuge/companheiro | <input type="checkbox"/> Comprovação de inscrição em curso de nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos) |
| <input type="checkbox"/> Cópia da certidão de casamento do participante ou documento de união estável com registro em cartório | |

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do beneficiário ou representante legal