

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO OU PENSÃO POR MORTE

Marque um X sobre o benefício a requerer.

- Benefício por morte:** devido aos beneficiários no caso de falecimento de participante ativo
- 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 a 100% (cem por cento) do saldo de conta total.

A **Pensão por morte** corresponderá:

A 100% (cem por cento) do valor do benefício que o participante recebia da Funsejem na data de seu falecimento, a ser pago pelo prazo remanescente ou até o esgotamento do saldo de conta total, ou até a ocorrência do pagamento único feito quando a prestação continuada atinge valor mensal inferior à Unidade de Referência Funsejem (aplicável ao participante que optou pelo recebimento do benefício por um prazo determinado ou em valor fixo em moeda corrente nacional); ou

À aplicação do último percentual definido pelo participante ou a definição de outro percentual de 0% a 1,53%, sobre o saldo de conta total remanescente, na hipótese de o participante ter optado pelo recebimento do benefício na forma de percentual de saldo de conta total.

PREENCHER APENAS EM CASO DE ASSISTIDO QUE TENHA OPTADO POR RENDA EM VALOR R\$ 0,00 OU PORCENTUAL 0%

Assinale abaixo a forma de recebimento escolhida pelo participante aposentado e indique o percentual ou valor do benefício mensal desejado:

- Renda mensal por percentual fixo, entre 0% e 1,53%, sobre o saldo de conta total: \_\_\_\_\_%
- Renda mensal por valor fixo em reais, equivalente a no mínimo 0% e no máximo 1,53% do saldo de conta total: R\$ \_\_\_\_\_

### 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 politicamente exposto?  SIM  NÃO Telefone \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Tipo de pagamento:**  Crédito em conta, n° banco \_\_\_\_\_, agência, \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_  Ordem de pagamento

2. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Sexo  F  M É politicamente exposto?  SIM  NÃO Telefone \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Tipo de pagamento:**  Crédito em conta, n° banco \_\_\_\_\_, agência, \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_  Ordem de pagamento

## DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

3. Nome \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado civil \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ RG \_\_\_\_\_

Sexo  F  M É politicamente exposto?  SIM  NÃO Telefone \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Tipo de pagamento:  Crédito em conta, n° banco \_\_\_\_\_, agência, \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_  Ordem de pagamento

**\*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  Sim  Não

Universitário  Sim  Não

2. Nome \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Grau de parentesco \_\_\_\_\_

Data de nasc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inválido  Sim  Não

Universitário  Sim  Não

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](http://www.funsejem.org.br).

Nos termos do regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev, venho pela presente requerer o benefício acima assinalado. Comprometo-me a comunicar à Funsejem qualquer alteração das informações prestadas. Declaro ter ciência de que somente serei considerado beneficiário em caso de ser cônjuge/companheiro ou filho/enteado menor de 21 anos ou 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 atestado de óbito do participante   |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço  | <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF dos filhos  |
| <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 do comprovante de endereço  |   |
| <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