

# 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 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.

**Declaro ter ciência e concordar que:** a partir da concessão da Pensão por Morte os recursos serão alocados na modalidade conservadora, conforme item 7.3.5 do regulamento do plano de benefícios Votorantim Prev.

## 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, na condição de dependentes perante a Previdência Social. 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, nº banco \_\_\_\_\_, agência, \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_  Ordem de pagamento

## DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

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, nº banco \_\_\_\_\_, agência, \_\_\_\_\_, conta corrente \_\_\_\_\_  Ordem de pagamento

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, nº 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)

Nome	Telefone	Grau de parentesco	Data de nascimento	Invalído	Universitário
1. _____	_____	_____	____/____/____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N
2. _____	_____	_____	____/____/____	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> N	<input type="radio"/> S <input type="radio"/> 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](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 em relação à minha situação perante a Previdência Social, bem como a revogação da procuração ou curatela ou tutela, quando for o caso. Declaro ter ciência de que somente serei considerado beneficiário em caso de ser cônjuge/companheiro ou filho inválido se reconhecida a dependência na Previdência Social, 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"/> Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver)                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Cópia do comprovante de endereço                           | <input type="checkbox"/> Carta de concessão da pensão por morte pela Previdência Social no caso de cônjuge/companheiro ou filho inválido                |
| <input type="checkbox"/> Cópia do RG e do CPF do participante                       | <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 RG e do CPF do cônjuge/companheiro                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Cópia da certidão de casamento do participante (se houver) |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Cópia da certidão PIS/PASEP                                |                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Cópia do atestado de óbito do participante                 |                                                                                                                                                         |

Local e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante ou representante legal \_\_\_\_\_

### PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

Empréstimo pessoal:

Obs.: