

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
- Saldo de conta:** devido aos beneficiários no caso de falecimento de participante vinculado antes do início do recebimento do benefício proporcional.

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.

Declaro ter ciência de que a partir da concessão da Pensão por morte, os recursos serão alocados na modalidade conservadora, conforme item 7.2.8 do regulamento do plano de benefícios VCNE.

O **Saldo de conta** será pago de forma única e o valor corresponderá ao Benefício Proporcional a que o participante teria direito.

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.

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 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:

- Cópia do comprovante bancário
- Cópia do comprovante de endereço
- Cópia do RG e do CPF do participante
- Cópia do RG e do CPF do cônjuge/companheiro
- Cópia da certidão de casamento do participante (se houver)
- Cópia da certidão PIS/PASEP
- Cópia do atestado de óbito do participante
- Procuração, termo de tutela ou de curatela (se houver)
- Carta de concessão da pensão por morte pela Previdência Social no caso de cônjuge/companheiro ou filho inválido
- Comprovação de inscrição em curso de nível superior (para reconhecimento de dependência de filhos/enteados entre 21 e 24 anos)

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do participante ou representante legal

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

Empréstimo pessoal:

Obs.: