



I. Dados do requerente

Nome completo			
CPF		RG	
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)		Sexo () Feminino () Masculino	
Estado civil		Inválido () Sim () Não	
Logradouro		Número	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)	
Email		Outros	

II. Forma de pagamento e de reajustamento

1. Opto por receber o Benefício de **Aposentadoria** 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.



FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO
REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA

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.

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.

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.

8. () Estou ciente de que meus dados pessoais serão utilizados e tratados pela Prevcum para administração do benefício de aposentadoria, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018 e com a Política de Privacidade da fundação.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do requerente

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)