

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PREVIDENCIÁRIOS - PLANO MISTO



FOTO

APOSENTADORIA POR IDADE

APOSENTADORIA POR TEMPO DE SERVIÇO/CONTRIBUIÇÃO

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME				
CPF	ESTADO CIVIL	DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ADESÃO	SEXO
ENDEREÇO RESIDENCIAL				
BAIRRO	CIDADE		UF	CEP
TELEFONE DE CONTATO	CELULAR	E-MAIL PESSOAL		
BANCO - NÚMERO E NOME	AGÊNCIA- NÚMERO E NOME	TIPO DE CONTA	NÚMERO DA CONTA	
		<input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA		

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA - PPE			ALTERAÇÃO FATCA
PPE	CARGO	ESFERA	
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			<input type="checkbox"/> SIM
PERÍODO	VALOR DO PATRIMÔNIO	RELAÇÃO EM 2º GRAU COM PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA	
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NÃO

OPÇÕES NO ATO DA REQUISIÇÃO DA APOSENTADORIA:

PRAZO INDETERMINADO (PAGAMENTO MENSAL VITALÍCIO)

- COM CONVERSÃO EM PENSÃO: SIM NÃO
- RECEBIMENTO À VISTA DE PERCENTUAL DA RESERVA DE BENEFÍCIO À CONCEDER: SIM _____% NÃO

PRAZO DETERMINADO (MÍNIMO 60 E MÁXIMO DE 420 MESES) _____ MESES _____ PARCELAS.

OBSERVAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que estou ciente de que, no caso de ter optado por receber meu benefício decorrente de aposentadoria por Tempo de Serviço/Contribuição ou Idade, **por tempo determinado**, aplicar-se-á o que determina o item B do parágrafo 3º do artigo 59, e meu pagamento cessará no fim do prazo antes indicado. No caso do **prazo indeterminado** se o participante não autorizar a conversão de parte de meu benefício em pensão, em caso de falecimento, meus beneficiários não terão direito ao recebimento de qualquer benefício. Qualquer decisão tomada é irrevogável e irretroatável. Declaro ainda, sob as penas das leis civis e criminais, a veracidade das informações aqui prestadas, responsabilizando-me pelas informações falsas.

PARTICIPANTE

LOCAL	DATA	ASSINATURA

ENTIDADE

LOCAL	ASSINATURA	LOCAL	ASSINATURA
	DIRETORIA DE SEGURIDADE		GERÊNCIA DE SEGURIDADE