**Requerimento de Benefício Plano B**

1. **Informações Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patrocinador** (empresa que mantinha vínculo):Escolher um item. | **Matrícula no Patrocinador:**   |
| **Nome do Requerente:** | **Estado Civil:** |
| **Endereço Residencial:** |
| **Bairro:**  | **Cidade / UF:** | **CEP:**  |
|  **E-mail:** | **Tel. Celular/Residencial:**  |
| **Residência Fiscal fora do Brasil?**[ ]  Sim [ ]  Não | **País de Residência Fiscal:** |
| **Nome do Banco:** | **Agência:** | **Nº Conta:** | **Tipo Conta:**[ ]  **Corrente** [ ]  **Poupança** |

1. **Dependentes**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo**  |  **Data Nascimento** | **Sexo**( M ou F **)** | **Parentesco** | **Inválido?** (Sim ou Não) | **Dependente para fins de IRPF?** (Sim ou Não) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Tipo do benefício**

[ ]  Aposentadoria Complementar ou Benefício Proporcional Diferido

[ ]  Benefício de Incapacidade para o Trabalho

1. **Forma de Recebimento**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Renda Mensal por prazo Determinado** *(Mínimo de 5 e máximo de 50 anos)* [ ]  Com Abono Anual [ ]  Sem Abono AnualDesejo receber Renda Mensal pelo prazo de anos (por extenso) \_\_ .  | [ ]  **Renda Mensal por Prazo Indeterminado***(Não se trata de renda vitalícia! Esta opção não permite ajuste do tempo de recebimento)*[ ] Com Abono Anual [ ] Sem Abono Anual[ ]  Com fator de reversão em Pensão por Morte[ ]  Sem fator de reversão em Pensão por Morte |

**Observação** quando valor mensal benefício ficar abaixo de 1 (uma) Unidade de Referência Previnorte:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

1. **Pagamento único**

**Importante:** O pagamento único é limitado ao percentual de **25%** do saldo de contas, e é aplicável apenas para Aposentadoria Complementar e Benefício Proporcional Diferido**.**

[ ]  Opto por **Não** receber Pagamento Único.

[ ]  Opto por receber Pagamento Único de \_\_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( por extenso).

1. **Termo de compromisso e assinatura**

**TERMO DE COMPROMISSO**

1. Para fins de manutenção do benefício, comprometo-me a apresentar à Previnorte o recadastramento e cópia(s) do(s) comprovante(s) de pagamento do benefício da Previdência Social, sempre que solicitado.
2. Comprometo-me também a comunicar quaisquer alterações em meus dados cadastrais.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ,  |   | de |   | de  |   |

 *Cidade/UF dia mês ano*

**(assinatura do requerente)**

**AVISO:** A Previnorte realiza o tratamento de seus dados pessoais em observância às disposições da Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), para possibilitar as operações relativas à gestão do contrato previdenciário, para fins estatísticos e gerenciais, cumprimento de obrigações legais, legítimo interesse e o que mais for necessário, conforme Aviso de Privacidade e Política de Governança e Proteção de Dados constantes no *site*, observando as melhores práticas de segurança da informação.

**I M P O R T A N T E!**

1. **Documentação necessária para requerer o benefício:**
2. Cópia da CTPS ou Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
3. Cópia da Carta de Concessão do INSS;
4. Cópia da Carteira de Identidade e CPF;
5. Declaração de ação judicial - IN RFB 1343/2013 (se for o caso).
6. **Assinatura do documento:**
7. Assine este documento de forma eletrônica, por meio de certificado digital ou plataforma de assinatura eletrônica e envie para relacionamento@previnorte.com.br;
8. Também é possível imprimir, assinar e digitalizar o documento para envio no e-mail acima.