**Requerimento de Benefício Plano B**

1. **Informações Pessoais**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patrocinador** (empresa que mantinha vínculo):Escolher um item. | **CPF do participante titular**  |
| **Nome do Participante:** |
| **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** |
| **Os dados pessoais informados serão utilizados para alteração de cadastro, sobrepondo-se aos anteriormente fornecidos.** |

1. **Beneficiários**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome Completo**  | **CPF** | **Data de****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 |

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**

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.

Comprometo-me também a comunicar quaisquer alterações em meus dados cadastrais.

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

 *Cidade/UF dia mês ano*

**(validação do participante)**

**Proteção de Dados Pessoais**

Os dados pessoais fornecidos neste instrumento são necessários para a finalidade que se propõe e serão tratados em estrita observância ao Aviso de Privacidade constante em nosso site e às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD).

**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. Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e Adolescentes (se for o caso).
7. **Validação do documento:**
8. Valide este documento de forma eletrônica, por meio de certificado digital ou plataforma de assinatura eletrônica e envie para relacionamento@previnorte.com.br;
9. Também é possível imprimir, assinar e digitalizar o documento para envio no e-mail acima.