**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 Anual  Desejo 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](mailto:relacionamento@previnorte.com.br);
9. Também é possível imprimir, assinar e digitalizar o documento para envio no e-mail acima.