



# REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO DE REFORÇO

## CNPB Nº 1998.0032-56



Nome:		Matrícula:		
CPF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> União estável			
E-mail Pessoal:		Telefone Celular com DDD:		

Declaro que preencho os requisitos de elegibilidade para o recebimento do benefício no Plano de Reforço da SABESPREV.

No caso de requerimento de Aposentadoria por Invalidez, para o deferimento do benefício, apresento nesta oportunidade documento emitido pela Previdência Social e, se necessários, demais documentos que atestam a minha condição de saúde. Em observância à Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), declaro que tenho ciência que a SABESPREV irá realizar o tratamento dos meus dados pessoais sensíveis relacionados à minha saúde, utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento de Aposentadoria por Invalidez e para a execução do contrato previdenciário celebrado.

**DADOS PARA CRÉDITO DO BENEFÍCIO E ENDEREÇO** - Serão mantidas as informações, conforme os comprovantes anexados ao processo.

**FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO**

**1 - Informe se deseja adiantamento do saldo, indicando o percentual abaixo (Facultativo)**

**Antecipação de Saldo de Conta Total - Percentual Escolhido (entre 1% a 25%) \_\_\_\_\_ %**

**2 - Escolha abaixo uma das opções para recebimento do saldo remanescente (Obrigatório)**

- I – Renda mensal por prazo determinado de**, no mínimo, 60 meses. **Prazo (em meses)** \_\_\_\_\_
- II – Renda mensal definida em reais**, não podendo seu valor inicial ser inferior a 0,1% nem superior a 2% aplicado sobre o saldo de Conta Total remanescente.  
**Valor ( em reais) R\$** \_\_\_\_\_
- III - Renda mensal atuarial**, equivalente à aplicação de fator atuarial sobre o saldo, recalculado anualmente com base nas hipóteses atuariais e financeiras constantes na Avaliação Atuarial vigente.

**DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA**

Nome	Sexo (M/F)	Parentesco	Data de Nascimento	CPF

**INCLUSÃO / ALTERAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA RECEBIMENTO DA PENSÃO**

Nome	Sexo (M/F)	Parentesco	Data de Nascimento	% Reversão de Saldo

- 1 - Na falta de Beneficiários indicados, o saldo remanescente será pago aos herdeiros, conforme termo de partilha.
- 2 - O participante informará o percentual da reserva correspondente a cada beneficiário indicado, totalizando 100%, a não indicação de percentual destinado a cada beneficiário será considerado rateio em partes iguais.
- 3 - Em caso de indicação de dependentes/ beneficiários menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas neste documento e no Regulamento do Plano de Reforço da SABESPREV.

**Nos termos da Instrução MPS/SPC nº 26/2008 quanto às definições de "Pessoa Politicamente Exposta" declaro que:**

( ) Não sou "pessoa politicamente exposta" ( ) Sou "pessoa politicamente exposta"

Sendo "pessoa politicamente exposta" todo agente público que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definição disponível no endereço eletrônico.

## ÁREA EXCLUSIVA DA SABESPREV

Observações / Situação no Plano

Data de Adesão

Data de Desligamento da PATROCINADORA

Data do Cálculo

Empréstimo Pessoal

**Tipo de Benefício**

Benefício Programado

Aposentadoria por Invalidez

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

-----  
Assinatura do Participante

-----  
Local

-----/-----/-----  
Data

## **ORIENTAÇÕES - REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO:**

### **BENEFÍCIO PROGRAMADO** (Na data do desligamento)

- Ter, no mínimo 50 (cinquenta) anos de idade; E
- Ter, efetuado no mínimo 60 (sessenta) Contribuições Mensais; E
- Ter Rescindindo contrato de trabalho com a Patrocinadora.

### **APOSENTADORIA POR INVALIDEZ**

- Estar aposentado por Invalidez pelo INSS.

### **DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):**

- Carta de Concessão de Aposentadoria pelo INSS (Frente e Verso no caso de Aposentadoria por Invalidez);
- Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho;
- CPF e RG do Participante e do Cônjuge ou Companheiro;
- RG e CPF dos Filhos Menores de 21 anos, maiores inválidos ou universitários até 25 anos (neste caso, enviar também declaração da Instituição de Ensino Superior contendo a carga horária semanal do curso e mencionando se o aluno teve reprovação por falta no semestre anterior);
- Comprovante de Conta Corrente - Não será aceito comprovante de Conta Poupança e comprovante de Conta Corrente de recebimento de benefício do INSS;
- Comprovante de Residência.

**FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL - SABESPREV - CNPJ 65.471.914/0001-86**  
Alameda Santos, 1827 - 14º andar - conjuntos 141 e 142 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP 01419-909  
Telefones: 11 3145.4600 \* Central de Atendimento: 08000.551827 - [www.sabesprev.com.br](http://www.sabesprev.com.br)