



REQUERIMENTO DE LEVANTAMENTO
DE SALDO PARTICIPANTE FALECIDO
PLANO DE REFORÇO
CNPB Nº 1998.0032-56



Nome:	Matrícula:
CPF:	Data do Óbito:

BENEFICIÁRIO

Nome do Beneficiário:	CPF:
E-mail Pessoal:	Telefone Celular com DDD:

Declaro que preencho os requisitos de elegibilidade para o levantamento do saldo do participante do Plano de Reforço e, para o deferimento do benefício, apresento nesta oportunidade os documentos requeridos pela SABESPREV e que atestam minha elegibilidade como beneficiário(a).

Em observância à Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), tenho ciência que a SABESPREV irá realizar o tratamento dos meus dados pessoais, utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento e para a execução do contrato previdenciário celebrado com o participante falecido.

DADOS BANCÁRIOS E PARA CORRESPONDÊNCIA - Serão consideradas as informações, conforme os comprovantes anexados ao processo.

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA IMPOSTO DE RENDA

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

Em caso de indicação de dependentes para imposto de renda 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.

A SABESPREV realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

ÁREA EXCLUSIVA DA SABESPREV

Observações / Situação no Plano	Regime Tributário <input type="checkbox"/> Regressivo <input type="checkbox"/> Progressivo	Data do Cálculo	Quantidade Total de Beneficiários Indicados
		Empréstimo Pessoal	Percentual destinado a este beneficiário

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 Herdeiro

Local

Data

ORIENTAÇÕES - REQUISITOS PARA OBTENÇÃO DE PENSÃO:

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):

- Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho;
- Certidão de óbito;
- CPF e RG do Participante;
- CPF e RG dos dependentes e/ou herdeiros;
- 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;
- Termo de partilha.

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