REQUERIMENTO DE PAGAMENTO ÚNICO
PLANO DE BENEFÍCIOS BÁSICO
CNPB Nº 1990.0014-83

BENEFÍCIO:

( ) Aposentadoria Normal
( ) Benefício Diferido por Desligamento
( ) Aposentadoria Antecipada
( ) Benefício Proporcional Diferido
( ) Aposentadoria por Invalidez
( ) Pensão por Morte

Eu, _____, matrícula_____, nascido em __/___/____, assistido(a) por esta Fundação, venho **declarar que preencho os requisitos de elegibilidade dos benefícios,** bem como expressar meu desejo em receber o Pagamento Único, calculado de forma atuarialmente equivalente ao meu benefício de Aposentadoria / Pensão , conforme disposto no Art. 40 do Regulamento do Plano de Benefícios Básico – BD.

Autorizo o crédito em minha conta corrente e declaro estar ciente de que com a efetivação do Pagamento Único, extinguem-se todas as obrigações da FUNDAÇÃO para comigo e meus beneficiários, no tocante a este Plano, sendo certo que o comprovante de depósito servirá para todos os efeitos legais, como **recibo**.

Local:	Data:
CPF:	RG:
Assinatura:	

Em caso de Procuração:

Nome do Procurador: _____

CPF: _____ RG: _____

Assinatura: _____

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).

Data do Pagamento: _____/_____/_____ Valor do Benefício Mensal: _____

Valor Teto do Benefício Mensal para Solicitação do Pagamento Único: _____ Mês:_____

Valor Bruto do Pagamento Único: _____

Saldo devedor do empréstimo pessoal da Sabesprev: _____

Quantidade de dependentes para fins de Imposto de Renda: _____