



SOLICITAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE RENDA - PENSÃO POR MORTE
PLANO DE REFORÇO
CNPB Nº 1998.0032-56



Nome do Participante Falecido: _____

Matrícula: _____

CPF: _____

Data de Óbito: _____

Requeremos em conjunto, em comum acordo, nos termos do Art. 8 parágrafo 5º do Regulamento do Plano de Reforço, a alteração do valor total da renda mensal do benefício de Pensão por Morte, para R\$ _____ (_____).

Importante:

1 - O valor da renda mensal indicada deve corresponder a no mínimo 0,1% e no máximo 2% do saldo remanescente, portanto antes de preencher verifique os limites no simulador disponível no site da Sabesprev (www.sabesprev.com.br) ou ligue para a Central de Atendimento (08000 55 1827).

2 - A alteração do valor da Renda Mensal Definida em Reais somente pode ser efetuada nos meses de Outubro, Novembro e Dezembro, passando a vigorar em Janeiro do exercício seguinte.

BENEFICIÁRIOS PREFERENCIAIS RECEBEDORES DE PENSÃO POR MORTE

Os recebedores abaixo, concordam com a alteração da renda mensal, considerando o valor supra citado:

1) Nome: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____
Data: ____/____/_____
Telefone celular com DDD: _____

3) Nome: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____
Data: ____/____/_____
Telefone celular com DDD: _____

2) Nome: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____
Data: ____/____/_____
Telefone celular com DDD: _____

4) Nome: _____
CPF: _____
RG: _____
Assinatura: _____
Data: ____/____/_____
Telefone celular com DDD: _____

No caso de Procuração: **Representante de todos os Beneficiários**

Representante do Beneficiário: _____ CPF _____

Nome do Procurador: _____ RG: _____

CPF: _____ Assinatura: _____

E-mail Pessoal: _____ Data: ____/____/_____

Telefone fixo com DDD: _____ Telefone celular com DDD: _____

Em caso de indicação de 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 SABESPREV Mais.

ÁREA EXCLUSIVA PARA SABESPREV

Quantidade total de beneficiários preferenciais: _____.

O saldo de conta remanescente utilizado para este requerimento é de: _____.

Valor mínimo da renda mensal: R\$ _____.

Valor máximo da renda mensal: R\$ _____.

Data base do recálculo da renda: ____/____/____.

Tem contrato de empréstimo pessoal ativo? () SIM () NÃO

Valor atual da parcela de empréstimo pessoal: R\$ _____.

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