

## I. Dados do requerente

Nome completo

CPF	RG			
Data de nascimento (DD/MM/AAAA)		Sexo	( <input type="checkbox"/> ) Feminino	( <input type="checkbox"/> ) Masculino
Estado civil		Inválido	( <input type="checkbox"/> ) Sim	( <input type="checkbox"/> ) Não
Logradouro		Número	Complemento	
Bairro	CEP	Cidade	UF	
Telefone (DDD + número)		Celular (DDD + número)		
Email		Outros		

## II. Forma de pagamento e de reajustamento

1. Opto por receber o Benefício por Invalidez na forma seguinte:

A. (  ) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número constante de cotas, pelo período de \_\_\_\_\_ meses (não inferior a 60 (sessenta) meses);

B. (  ) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número decrescente de cotas, pelo período de \_\_\_\_\_ meses (não inferior a 60 (sessenta) meses);

C. (  ) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número constante de cotas, pelo período determinado com base na expectativa de vida apontada por tábuas biométricas indicadas em Nota Técnica Atuarial;

D. (  ) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a um número decrescente de cotas, pelo período determinado com base na expectativa de vida apontada por tábuas biométricas indicadas em Nota Técnica Atuarial;

E. (  ) Pagamentos mensais de valor monetário correspondente a \_\_\_\_\_ % das cotas existentes em cada mês na Conta Individual em meu nome (esse valor não pode ser superior a 3% do total de cotas e não pode gerar, inicialmente, resgate em prazo inferior a 60 (sessenta) meses);

F. (  ) Renda Mensal atuarial expressa em valor monetário correspondente a um número constante de cotas apurado anualmente, pela divisão simples do saldo na Conta Individual remanescente no início de cada ano pelo fator atuarial vigente correspondente a uma renda vitalícia com base nas premissas demográficas e financeiras constantes de Nota Técnica Atuarial.

Caso tenha sido feita a opção pelo recebimento do benefício na forma prevista na letra F, estarei ciente de que essa renda será recalculada anualmente no mês de dezembro, respeitado o limite mínimo previsto nos Regulamentos dos Planos, com base no saldo em cotas da Conta Individual remanescente apurado e nas premissas atuariais e financeiras constantes na nota técnica atuarial vigente para o exercício, devendo ser observadas as tábuas biométricas e taxa de juros atuarial.



**FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO**  
**REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO POR INVALIDEZ**

**2.** Requeiro, nos termos do artigo 35, § 1º, do Regulamento do Plano de Benefícios, o recebimento da importância em dinheiro correspondente a \_\_\_\_\_ % (até 15%) do total de cotas existentes na Conta Individual, fazendo jus à Renda Mensal correspondente ao restante das cotas acumuladas em meu nome sob a forma por mim especificada:

(  ) Sim (  ) Não

**Estou ciente de que o recebimento da importância por mim especificada poderá ser requerida uma única vez.**

**3.** (  ) Opto por receber, no mesmo exercício, em caráter irrevogável, a quantidade de parcelas mensais abaixo assinalada:

a) (  ) 12 (doze) parcelas;      b) (  ) 13 (treze) parcelas;

**Caso seja feita a opção pelo recebimento em 13 (treze) parcelas, o pagamento da 13ª (décima terceira) parcela será efetuado junto com o pagamento de novembro do ano em curso.**

**4.** Houve contratação do Benefício de Risco por Invalidez?

(  ) Sim, e estou ciente de que o valor pago pela Seguradora será acrescido ao meu saldo de contas para efeito do pagamento de renda mensal

(  ) Não

**5.** (  ) Estou ciente de que o percentual e a forma por mim especificada para o recebimento do benefício pago como renda mensal poderão ser revistos, anualmente, mediante novo requerimento à PREVCOM, disponível na área restrita do Participante, no site [www.prevcom.com.br](http://www.prevcom.com.br).

**6.** (  ) Estou ciente de que se o valor da renda mensal não atingir o limite mínimo de 1 (uma) UMP, o pagamento se dará em parcela única.

**7.** (  ) Declaro estar ciente e de acordo com as condições do presente requerimento, bem como com as demais regras previstas no Regulamento do Plano de Benefícios.

**8.** (  ) Estou ciente de que os dados pessoais informados neste formulário serão coletados e tratados pela Prevcom para execução do plano de benefícios, cumprimento de obrigações legais e regulatórias e comunicação institucional, conforme a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018).

**9.** (  ) Estou ciente de que esses dados poderão ser compartilhados com órgãos reguladores, autoridades públicas e prestadores de serviços necessários à operação da EFPC, sempre observadas as disposições legais aplicáveis.

Você poderá exercer seus direitos previstos na LGPD, como acesso, correção e exclusão de dados, pelo **Formulário de Solicitação do Titular De Dados (STD)**. Consulte nossa Política de Privacidade [aqui](#).

São Paulo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Assinatura do requerente

---

**PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM**

---

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)