

Dados do Requerente

Nome completo			
CPF	RG	Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)	
Estado Civil	Sexo	Inválido () Sim () Não	
Logradouro		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	UF
DDD+Telefone	DDD+Celular	Outros	
Email			

Forma de pagamento e de reajustamento

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

- 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.



PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM RO REQUERIMENTO DE 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 ao PREVCOM RO, disponível na área restrita do Participante, no site www.prevcomro.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](#).

Local e data

Assinatura do Participante

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)