



## PLANO DE BENEFÍCIOS SP PREVIDÊNCIA

Administrado pela Prevcom - CNPJ 15.401.381/0001-98

### REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INVALIDEZ

## 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:

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

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 SP PREVIDÊNCIA, disponível na área restrita do Participante, no site [www.spprevidencia.com.br](http://www.spprevidencia.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 Requerente

## PARA USO EXCLUSIVO DA PREVCOM

Data de deferimento (DD/MM/AAAA)

Responsável pela análise (carimbo e assinatura)