Eletros
Fundação Eletrobrás de Seguridade Social

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO | CV ONS

AVISO: A validade desta proposta está condicionada ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE (preenchimento obrigatório para solicitação de benefício de pensão)

Nome completo		
CPF	Data de Nascimento / /	Número de inscrição Eletros (a ser preenchido pela Eletros)

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE [1]

Nome completo				Data de Nascimento / /
Nacionalidade	Naturalidade	Estado Civil	Sexo	CPF
RG	Órgão emissor	Data de emissão / /	UF	Pessoa politicamente exposta? [2] ☐ Sim ☐ Não
E-mail pessoal				
Ocupação profissional		Data de falecimento ou Invalidez [3] / /		
Nome completo da mãe				
Nome completo do pai				
Nome completo do cônjuge				
Endereço residencial				Bairro
Cidade	UF	CEP	DDD + Telefone residencial	DDD + Celular pessoal

(1) No caso de Benefício de Renda Mensal por Aposentadoria, Renda Mensal por Invalidez, o requerente será o próprio participante do plano. Referente à Benefício de Renda de Pensão por Morte, o requerente deverá ser preenchido com os dados do Beneficiário/Pensionista indicado.

(2) De acordo com a Lei 9.613/1998 e pela Instrução PREVIC 34/2020, considera-se pessoa exposta politicamente a pessoal natural que desempenha ou tenha desempenhado, nos cinco anos anteriores, cargo, emprego ou função pública relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais, conforme descrição dos § 1o a 3o do artigo 15 da Instrução PREVIC 34/2020, devendo-se dedicar especial atenção também às operações com seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relaciona mento próximo, conforme disposto no art. 16 do mesmo normativo.

(3) O campo deverá ser preenchido em casos de Benefícios de Pensão por Morte ou Aposentadoria por Invalidez

O requerente acima identificado, nos termos do regulamento do Plano CV ONS, requer o benefício, conforme opção abaixo:

Opção para Ativos

☐ Renda Mensal por Aposentadoria

☐ Renda Mensal por Invalidez

Opção para Beneficiários

☐ Renda Mensal de Pensão por Morte

DESEJO RECEBER A PARTIR DA DATA _____/_____/_____ O BENEFÍCIO ASSINALADO ACIMA DA SEGUINTE FORMA [4]:

Opção apenas para Assistidos

☐ Receber _____% (_____por cento) do valor da Conta Individual Global, com a consequente redução do saldo a ser recebido como Benefício de Renda Mensal por Aposentadoria (múltiplo de 5% até o máximo de 25%)

(4) No caso do Benefício de Pensão por Morte, essa opção não é válida

DADOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO [7]:

Nome do correntista			CPF
Número do Banco	Nome do Banco	Agência	Número da Conta Corrente/Salário

[7] A conta para pagamento do benefício deverá ser obrigatoriamente do Banco Itaú. Caso o requerente não queira manter relacionamento com o banco, será permitida a abertura de conta salário com portabilidade bancária para o banco de preferência.

DESEJO RECEBER O SALDO REMANESCENTE OU TOTAL DA SEGUINTE FORMA:

Opção para Assistidos

☐ Renda Mensal Programada até _____(_____) anos completos de idade (não inferior a 75 anos).

☐ Renda Mensal Programada até _____(_____) anos completos de idade (não inferior à 75 anos), após o qual passará a receber uma renda mensal vitalícia_____ (com ou sem) reversão em pensão mensal vitalícia.

☐ Receber 40% do capital do pecúlio por invalidez, conforme § 7º do Art. 37 do Regulamento do Plano.

Opção para Pensionistas

☐ Receber 40% do capital do pecúlio por morte, conforme § 6º do Art. 37 do Regulamento do Plano. Na existência de mais de um beneficiário o percentual do capital do pecúlio será rateado em partes iguais. [5]

☐ Renda Mensal por prazo certo escolhido pelo Participante no ato de ingresso no Plano ou aquele que tenha sido por ele fixado ou alterado, em qualquer momento antes do seu falecimento. [6]

[5] Opção elegível apenas para o beneficiário de Participante falecido Ativo ou Assistido (que tenha contratado o benefício de pecúlio por morte no momento do Requerimento de Aposentadoria), em conformidade com os § 10º e §11º do Art. 37 do Regulamento do Plano.

[6] Na hipótese de o Participante não escolher, em vida, o prazo para recebimento da renda, o benefício deverá ser pago pelo prazo que faltaria para o Participante completar 75 (setenta e cinco) anos. Caso o Participante faleça após completar 75 (setenta e cinco) anos de idade, o Benefício deverá ser pago por prazo fixo de 20 (vinte) anos.

BENEFICIÁRIOS/ DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA (O PENSIONISTA deverá preencher este campo apenas para a indicação de dependentes de IR, não sendo permitida a indicação de beneficiários)
São beneficiários as pessoas físicas indicadas pelo participante, conforme regulamento do plano.

Nome	Rateio %[9]	Sexo	Data de Nasc.	CPF	Tipo [8]	Dependente de IR
						☐ Sim ☐ Não
						☐ Sim ☐ Não
						☐ Sim ☐ Não
						☐ Sim ☐ Não
						☐ Sim ☐ Não
						☐ Sim ☐ Não

[8] Tipo 01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a) 04 - Enteado(a) 05 - Outros

Em caso de não preenchimento de campos deste quadro, inutilize-os com um traço horizontal em cada campo não utilizado.

[9] O percentual de rateio deverá ser preenchido apenas para indicação de beneficiário. Quando da indicação exclusiva de dependentes de IR, o campo não deverá ser preenchido.

COBERTURA DE PECÚLIO POR MORTE E POR INVALIDEZ [10]:

Opção para Assistidos

☐ Declaro ter interesse em, permanecer segurado na apólice coletiva contratada para repasse do benefício de Pecúlio por Morte e Invalidez Permanente Total, **optando por manter o capital segurado do último mês que antecedeu a concessão do benefício.** Autorizo o desconto em folha de benefício, do prêmio mensal para custeio do seguro.

☐ Declaro ter interesse em, permanecer segurado na apólice coletiva contratada para repasse do benefício de Pecúlio por Morte e Invalidez Permanente Total, **optando por utilizar o capital calculado sobre o benefício de renda mensal.** Autorizo o desconto em folha de benefício, do prêmio mensal para custeio do seguro.

☐ Declaro **não ter** interesse em, permanecer segurado na apólice coletiva contratada para repasse do benefício de Pecúlio por Morte e Invalidez Permanente Total.

[10] No caso do Benefício de Pensão por Morte essa opção não é válida.

ASSISTÊNCIA FUNERAL

☐ Declaro ter interesse em adquirir a Assistência Funeral, e autorizo o desconto em folha de benefício, de 100% dos custos das mensalidades do Titular e dos seus dependentes, se houver. [11]

☐ Declaro **não ter** interesse em adquirir a Assistência Funeral.

[11] O Requerente que optar pela Assistência Funeral deverá preencher a proposta de adesão do Prestador do Serviço.

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DO REQUERENTE

Declaro estar ciente das condições para o recebimento do benefício de acordo com o Regulamento do Plano, responsabilizando-me, para fins de direito, pela opção formalizada.

/ /

Local e Data

Assinatura do Requerente/Representante Legal (caso necessário)

DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECESSÁRIO)

Nome completo		CPF
E-mail pessoal	DDD + Telefone residencial	DDD + Celular pessoal
Pessoa politicamente exposta? [12] ☐ Sim ☐ Não	Grau de afinidade ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Tutor ☐ Curador ☐ Procurador ☐ Outro: _____	

[12] De acordo com a Lei 9.613 e pela Instrução MPS/SPC nº 26/08, consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para saber melhor o que é PPE, acesse: www.eletros.com.br/ppe