

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

NOME _____ CPF _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____ TELEFONE _____

E-MAIL _____ CELULAR _____ NÚMERO DE DEPENDENTES NO IR _____

NOME DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA _____ CONTA CORRENTE _____

TIPO DE BENEFÍCIO

- Aposentadoria Antecipada Aposentadoria Normal Aposentadoria por Invalidez
- Benefício Proporcional

OPÇÕES DE PAGAMENTO

- Solicito pagamento único de _____% **(de 0% até 25% e percentuais inteiros)** do Saldo de Conta Total, sendo o restante do Saldo de Conta Total transformado em renda mensal de acordo com uma das opções abaixo:
- Pagamento mensal a ser efetuado por um período determinado de _____ anos **(mínimo 10 e máximo 15 anos)**.
- Pagamento mensal de _____% **(percentual de 0,1% a 1,5%)** do Saldo de Conta Total.
- Pagamento mensal de renda vitalícia a ser paga por Entidade Aberta de Previdência Complementar ou Seguradora.

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Antes de preencher o formulário consultar as orientações de preenchimento abaixo:

Preencha o nome e todas as demais informações em letra de forma e sem abreviaturas. O formulário não pode conter rasuras, estar sem data ou assinatura. Nestes casos, a solicitação será indeferida e processada apenas com o recebimento de um novo formulário. Para os formulários recepcionados na Prevmon até o dia 10 de cada mês, o pagamento ocorrerá no 5º dia útil do mês. Após esta data, o crédito ocorrerá no 2º mês subsequente.

Importante:

Em caso de aposentadoria por Invalidez, cópia da carta de concessão do Auxílio-doença ou Aposentadoria por Invalidez do INSS e atestado de invalidez emitido pela área Médica da Monsanto, Laudo Pericial emitido por serviço médico oficial da União, dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, caso seja portador de doença que o isente de Imposto de Renda. Observação: Para Desconto de Pensão Alimentícia é necessário o envio de Ofício Judicial dirigido à Prevmon contendo os dados cadastrais e bancários do(a) pensionista alimentar.

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Solicito a concessão do benefício indicado, declarando ter ciência dos critérios estabelecidos no regulamento do Plano de Benefícios da Prevmon CV.

.....
Local

.....
Data

.....
Assinatura do participante