SG11.1 Requerimento de Benefício - Plano Sanprev I

banesprev

Id

Nome Completo do **Participante**				CPF	
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Naturalidade (Cidade)	UF	Nacionalidade (País)

Endereço

Logradouro		Número	Complemento	
Bairro	Cidade		UF	CEP
DDD / Telefone Fixo	DDD / Celular	E-mail		

$ Efetuar o recebimento através de crédito em conta corrente

Banco	Agência	Conta Corrente	Dígito

Opção

- ◯ Suplementação de Aposentadoria por Tempo de Contribuição
- ◯ Suplementação de Aposentadoria por Invalidez
- ◯ Suplementação do Auxílio Doença
- ◯ Auxílio Natalidade
- ◯ Pecúlio por Morte
- ◯ Pensão Temporária

Dep. p/ Auxilio

	Nome Completo do **Dependente**	Sexo	CPF	Data de Nascimento
1				
2				

Auxílio Natalidade:
- Anexar cópia da Certidão de Nascimento ou dos documentos comprobatórios da adoção.

Para fins de Pecúlio por Morte
- Serão considerados os beneficiários que estiverem indicados acima.
- Indicar no campo "rateio" o percentual do valor de benefício que caberá a cada Beneficiário.
- Na ausência de indicação do percentual o valor será rateado em partes iguais entre os Beneficiários.
- A não informação de um beneficiário já existente implicará na sua exclusão.

Beneficiários para Fins de Pecúlio por Morte

	Nome Completo do **Beneficiário**	CPF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Rateio %
1							
2							
3							
4							

Dependentes para Imposto de Renda

	Nome Completo do **Dependente**	CPF	Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	Parentesco	Inválido ☐	Universitário ☐
1								
2								
3								
4								

Rubricar _____

Copyright © 2019 by Banesprev - 2.0.0

Pessoa Politicamente Exposta

Conforme Instrução PREVIC nº 18 de 24/12/2014, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo.

◯ SIM ◯ NÃO

Caso tenha exercido, descreva a função abaixo:	Período **De** **a**

Há Familiares, Pessoas Próximas e/ou Representantes, que exercem ou exerceram, nos últimos cinco anos, uma das funções públicas relevantes?

◯ SIM ◯ NÃO

Havendo pessoas nessas condições preencha as informações abaixo

Nome Completo	CPF
Parentesco ou Tipo de Relação	Período **De** **a**
Indique a função pública exercida:	

Informações para FATCA

Possui domicílio fiscal[1] nos Estados Unidos?

◯ **SIM,** possuo domicílio[1] fiscal nos Estados Unidos e, para fins de reporte dos dados financeiros e cadastrais das contas de depósito e/ou de investimentos de que sou titular para as autoridades fiscais dos Estados Unidos, informo que o meu Número de Identificação Fiscal - NIF (*Tax identification Number* – TIN)[2] é _____.

◯ **NÃO** possuo domicílio[1] fiscal nos Estados Unidos, e me enquadro em uma ou mais das situações abaixo descritas, conforme assinalada(s) por mim[3]:

- ☐ Nos Estados Unidos, atuo como diplomata estrangeiro ou ocupo cargos em consulados, embaixadas ou organizações internacionais.
- ☐ Sou esposa(o) ou filho(a) solteiro(a) menor de 21 (vinte e um) anos de pessoas que atendem às condições 1 ou 2 acima descritas.
- ☐ Não está caracterizada minha presença substancial nos Estados Unidos, ou seja, no somatório dos últimos três anos (incluindo o ano presente) não estive nos Estados Unidos por mais de 183 dias considerando a integralidade dos dias deste ano, um terço dos dias do ano passado e um sexto dos dias do ano anterior.
- ☐ Abdiquei da nacionalidade ou cidadania dos Estados Unidos conforme Certificado de Perda de Nacionalidade (*Certificate of Loss of Nationality*), emitido pelo *Bureau of Consular Affairs* do Estado dos Estados Unidos, anexo a este formulário.
- ☐ Apesar de ter nascido nos Estados Unidos, conforme declaração anexa, renunciei à cidadania dos Estados Unidos (embora ainda não possua o Certificado correspondente) ou não adquiri tal cidadania ao nascer.
- ☐ Não possuo visto do tipo "*Green Card*" e não solicitei tal visto aos Estados Unidos.
- ☐ Abdiquei do meu visto do tipo "*Green Card*", conforme Certificado de Abandono do *Green Card*, emitido por autoridade consular dos Estados Unidos no Brasil, anexo a este formulário.

Possui domicílio fiscal[1] em outro país além do Brasil?

◯ **NÃO.**

◯ **SIM.** Indicar todos os países, exceto Estados Unidos, em que possui domicílio fiscal[1].

País de Domicílio Fiscal[1]	**TIN / NIF[2]**	**Caso não possua TIN/NIF[2], assinalar motivo**	
		País não emite TIN/NIF[2] para seus residentes	**Cliente não obteve o TIN / NIF[2] (preencher item C abaixo)**
		☐	☐
		☐	☐
		☐	☐

Indicar justificativa para a ausência de TIN / NIF[2]:- _____.

Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações fornecidas neste Formulário, inclusive número de inscrição para fins fiscais, são verdadeiros, válidos, corretos e completos.

Estou ciente de que devo atualizar as informações fornecidas neste Formulário em até 10 (dez) dias, sempre que sofrerem alteração de fato que as tornem incorretas ou incompletas, mediante notificação ao BANESPREV, bem como, sempre que requerido, na forma e no prazo informados pelo BANESPREV.

Autorizo o BANESPREV a fornecer este formulário, as informações deles constantes, bem como os dados financeiros relativos ao Plano de Previdência administrado pelo BANESPREV às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na jurisdição na qual nasci, ou das quais sou cidadão, nacional ou residente.

[1] Domicílio fiscal ou residência fiscal refere-se à jurisdição/país para fins de imposto de renda e/ou outras obrigações fiscais.

[2] NIF ou TIN refere-se ao documento emitido pelas jurisdições/países, o que equivale ao CPF no Brasil.

[3] Se assinalados os itens 5, 6 ou 8, deve ser encaminhada documentação comprobatória para que a presente declaração seja considerada válida.

Rubricar _____

Copyright © 2019 by Banesprev - 2.0.0

TERMO DE COMPROMISSO

I – Estou ciente e de acordo de que em caso de recebimento de valores pagos a maior pelo Banesprev, além de informar a situação à Entidade, serei descontado mensalmente no limite de 30% (trinta por cento) do meu benefício até o completo exaurimento da dívida;

II – Estou ciente e de acordo de que caso o meu benefício dependa do valor do INSS, sempre que houver alteração no mesmo, terei que informar imediatamente a entidade, e, havendo diferença a ser devolvida ao Banesprev, serei descontado mensalmente no limite de 30% (trinta por cento) do meu benefício até o completo exaurimento da dívida (corrigido mensalmente o saldo devedor, pela variação do INPC-IBGE);

III - Estou ciente e de acordo de que caso meu benefício do INSS seja encerrado e meu benefício no Banesprev esteja vinculado ao mesmo, devo comunicar imediatamente o BANESPREV, e, havendo valores pagos a maior, o mesmo será descontado automaticamente da conta cadastrada. Em caso de diferenças a receber, o mesmo será pago na próxima folha, extinguindo assim o meu direito perante o Banesprev.

IV - Estou ciente e de acordo de que minha família deverá comunicar imediatamente o Banesprev o meu falecimento, e, havendo valores pagos a maior, haverá desconto no montante a ser pago aos beneficiários. Caso não haja pensão a ser paga aos beneficiários, haverá desconto debitado automaticamente da minha conta cadastrada. Neste caso, não havendo saldo suficiente ou, se a conta já estiver inativa, os meus familiares deverão devolver o montante ao Banesprev por meio de depósito bancário.

Por sua vez, havendo pensão, o montante será transferido ao beneficiário de pensão (se houver), ou será pago aos herdeiros declarados em inventário.

Declaro ciência das condições acima referidas e do crime de enriquecimento ilícito em caso de recebimento de valores a que não faço jus.

Local e Data	**Assinatura (Abonar Assinatura)**

Copyright © 2019 by Banesprev - 2.0.0