

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO TecnoPrev

1. CNPB: <b>2004.0021-74</b>		2. Instituidor: <b>MÚTUA – Caixa de Assistência dos Profissionais do CREA</b>			
3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)					
4. Nome Completo do Requerente: (Sem abreviações)					
5. Data de Nascimento:	6. CPF:	7. Sexo: ( ) M - Masculino F - Feminino	8. Identidade:	9. Órgão Expedidor UF:	10. Data de expedição:
11. Parentesco:		12. E-mail:			
13. Endereço completo (logradouro, complemento):					
14. Bairro		15. Cidade:		16. CEP:	17. UF:
18. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Comercial	(DDD) – Celular	(DDD) – Outros	
19. Dependente (s). Nome Completo		Grau de Parentesco	Data de Nascimento	Sexo (M ou F)	Invalído (S ou N)
					Dependente p/ IRPF (S ou N)

**20. Requerimento do Benefício:**

Nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios **TECNO PREV**, venho requerer o benefício abaixo assinalado:

- Renda Mensal de Aposentadoria  
 Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez  
 Benefício Previdenciário por Morte do Participante  
 Pecúlio por Morte

**21. Forma de recebimento do Benefício:**

Os benefícios consistirão numa mensalidade apurada com base no Saldo de Conta do Participante, de acordo com as seguintes opções, a critério do participante ou beneficiário:

- pela transformação da reserva individual de poupança em renda mensal com recebimento pelo tempo de \_\_\_\_\_ anos (*não inferior a 10 anos*);  
 - por parcela inicial de \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ por cento) (máximo 25%) do saldo de conta em pagamento único e transformação do saldo restante em renda mensal por tempo determinado de \_\_\_\_\_ anos (*não inferior a 10 anos*);  
 - pela renda mensal equivalente a \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_ por cento) da reserva individual de poupança (*percentual máximo de 3% da reserva*).

**22. Dados bancários para pagamento do benefício:**

Banco: (Nº e Nome)	Agência nº:	Nº Conta	Tipo de Conta
			<input type="checkbox"/> - Poupança <input type="checkbox"/> - Conta Corrente

Comprometo-me informar à **BB Previdência** as ocorrências que ocasionam a cessação do benefício.

Estou ciente que, com a inobservância do compromisso acima, estarei sujeito a devolver imediatamente as importâncias recebidas indevidamente em decorrência da omissão e às penas previstas para o crime de estelionato (reclusão de 01 a 05 anos e multa - artigo 171 do Código Penal).

Local e Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Assinatura do Requerente **com reconhecimento em cartório (firma)**

**23. Validação de dados pelo Instituidor: (USO EXCLUSIVO DO INSTITUIDOR)**

Participante Contribuinte do Instituidor elegível à cobertura básica do Pecúlio por Morte:

- Não     
  Sim – Cobertura Básica Morte Natural     
  Sim – Cobertura Básica Morte Acidental

Nº de Registro do participante no instituidor	Data da validação:	Carimbo e Assinatura