SOLICITAÇÃO DE BENEFÍCIOS (SOB)(GSS-48)

1 - INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome	Matricula Funcional	Patrocinadora

2 - TIPO DE BENEFICIO

☐ Aposentadoria Normal	☐ Aposentadoria por Invalidez	☐ Pensão por Morte

3 - FORMAS DE RECEBIMENTO

Parcela paga à vista:

☐ Sim _____%
(Pagamento único até o limide de 25% do saldo aplicável da conta do participante)

☐ Não

Renda mensal:

☐ por prazo determinado _____ anos.
(de 5 a 30 anos)

☐ por percentual: _____%
(De 0,1% a 1,5% do saldo remanescente)

Obs.: Se o benefício resultante de prestação continuada for de valor mensal inferior a 1 (uma) UR o pagamento será realizado na forma de pagamento único.

Beneficiários menores de 12 anos (pensão por morte)

☐ Declaro ser responsavel legal do beneficiário menor indicado, nos termos dos art. 14, §1o, da Lei no 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD), responsabilizando-me pela veracidade, integridade e legitimidade das informações prestadas.

☐ Não sendo o responsável legal do(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima indicados, comprometo-me a entregar em anexo a este documento, o termo de Consentimento de Tratamento de dados Pessoais devidamente assinado pelo seu responsável.

Assinatura do Participante

Data:

Assinatura Funcionário Nucleos	Assinatura Gerente de Seguridade
Data:	Data:

Assinatura do Diretor de Benefícios

Data: