

CNPB 2013.0017-38	Órgão Patrocinador		
Nome completo (sem abreviações)			
Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		Data de nascimento	
CPF	Identidade	Órgão expedidor/UF	
Estado civil	Naturalidade	Nacionalidade	
Endereço completo (avenida, rua, quadra, número, complemento etc)			
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefones: (DDD) Residencial	(DDD) Comercial	(DDD) Celular	
Emails (informar em ordem de preferência: institucional/profissional e pessoal)			
Dados Bancários: Tipo de conta <input type="radio"/> Corrente <input type="radio"/> Poupança	Nome do banco	Agência	Código/número da conta

REQUEIRO, nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios JusMP-Prev, a concessão do **BENEFÍCIO SUPLEMENTAR**, com a utilização do saldo*:

- existente** na Reserva Acumulada Suplementar (RAS), para recebimento em _____ parcelas mensais (mínimo de 60 e máximo de 480 meses); ou
- remanescente** da RAS, para recebimento em _____ parcelas mensais (mínimo de 60 e máximo de 480 meses), tendo em vista a minha solicitação do pagamento à vista de _____% do saldo da RAS* (máximo de 25%).

*Apurado na data da concessão do benefício, acrescido da reversão integral de eventual saldo existente na Reserva Acumulada Normal (RAN), em se tratando de participante vinculado.

Para tanto, junto os seguintes documentos:

- Cópia do ato de concessão de aposentadoria no RPPS ou RGPS, se for o caso;
- Cópia simples do RG e CPF do(a) interessado(a) e, se for o caso, do(a) representante legal, com o respectivo instrumento de representação;
- Comprovante da conta bancária individual ou conjunta (por exemplo: cópia da frente do cartão bancário);
- O formulário da Funpresp-Jud de requerimento de aposentadoria, no caso de participante patrocinado, ou de pensão por morte, no caso de dependente; e
- O formulário da Icatu de aviso de sinistro, devidamente preenchido e assinado, caso o participante tenha contratado a Cobertura Adicional de Risco (Car). A regulação do sinistro será realizada pela seguradora, que poderá solicitar, eventualmente, documentos adicionais.

DECLARO ter conhecimento das disposições regulamentares do Plano de Benefícios JusMP-Prev, bem como estar ciente de que o benefício concedido poderá, a qualquer momento, ser revisto no caso de erro material, nos termos do art. 34 do referido Regulamento do Plano.

_____, ____/____/____. _____
Local e data Assinatura do(a) interessado(a)

Dados a serem preenchidos pelo responsável da Funpresp-Jud:

_____, ____/____/____. _____
Local e data do protocolo Carimbo e assinatura do responsável

O(s) formulário(s), que estão disponíveis no sítio eletrônico da Funpresp-Jud, devem ser entregues ou enviados à Fundação (para o endereço: Setor Comercial Norte, quadra 4, bloco B, Edifício Varig, Torre Sul, 8º andar, sala 803, Asa Norte, Brasília/DF, CEP: 70.714-020).