

REQUERIMENTO DA RENDA MENSAL DE APOSENTADORIA PROGRAMADA



Inscrição: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome:	Matrícula CASAN:		
CPF:	RG:	Orgão Emissor:	Data Nascimento:
End.Res.:	nº:		Complemento:
Bairro:	Cidade/UF:	CEP:	
E-mail:			
Telefone Res: ()	Telefone Com.:()	Celular: ()	

DADOS DO(A) REPRESENTANTE LEGAL Preencher somente na existência de curador(a) ou procurador(a).

Nome do(a) Representante Legal:	CPF do Representante:		
R.G. (Identidade):	Data de Expedição:	Órgão Expedidor:	UF:

DADOS BANCÁRIOS

Banco:	Agência:	Nº Conta:	Tipo Conta:
--------	----------	-----------	-------------

REQUERIMENTO DA RENDA MENSAL DE APOSENTADORIA PROGRAMADA (RMAP)

Desejo requerer o Benefício de Renda Mensal Básica - RMB; e
Requerer o Benefício de Renda Mensal CAV na seguinte opção:
() Renda Mensal CAV com Reversão em Pensão - RMCVR () Renda Mensal CAV sem Reversão em Pensão - RMCV
Caso ainda não tenha completado 58 anos, solicitamos o preenchimento de um dos itens abaixo:
() Recolherei ao Plano o fundo de cobertura dos encargos adicionais decorrentes da antecipação do benefício, calculados atuarialmente.
() Opto pela redução proporcional do meu Benefício, mediante aplicação de um fator redutor calculado atuarialmente.

Opção SAQUE À VISTA*

Esta opção corresponde à opção de saque de até 20% (vinte por cento) do saldo da Conta CAV. Sobre este benefício haverá incidência de Imposto de Renda, na forma da lei.

() Sim, opto por realizar o saque de ____% (____) da minha conta CAV, em caráter irrevogável e irretirável com redução, na mesma proporção, do BENEFÍCIO DE RENDA MENSAL CAV OU RENDA MENSAL CAV COM REVERSÃO EM PENSÃO.
() Não tenho interesse em receber o saque à vista.

*Conforme prevê o Art. 70 do Regulamento do Plano CASANPREV - "Quando da concessão da RMCV ou RMCVR o Participante Ativo, Remido ou Autopatrocinado poderá sacar até 20% (vinte por cento) do saldo das Subcontas CAV- PARTIC, CAV- PATROC, VPEFPC-PROG, VPEFPC-REG, VPEAPC-PROG e VPEAPC-REG".

Parcela Adicional de Risco MONGERAL

Desejo requerer o cancelamento do desconto da Parcela Adicional de Risco – PAR Mongeral:
() Cancelamento da Cobertura de Risco por Invalidez () Cancelamento da Cobertura de Risco por Morte
Declaro ter conhecimento de que esta correção acarretará automaticamente na perda da cobertura da PAR.

Solicito o benefício de Renda Mensal de Aposentadoria Programada (RMAP) e declaro estar ciente de que esta poderá a qualquer momento, ser revisto no caso de erro material.

Autorizo a Fundação CASAN de Previdência Complementar - CASANPREV a efetuar o desconto das minhas contribuições normais mensais em atraso, devidas ao Plano, do meu Benefício de Aposentadoria.

Declaro ter conhecimento das disposições regulamentares e de todo o conteúdo desse requerimento e assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas.

Local e Data _____

Assinatura Participante ou Representante Legal _____

Reservado à CASANPREV:

Participante Fundador: Sim Não
Pagou Joia: Sim Não

Recebido em: ____/____/_____
DIB: ____/____/_____
DIP: ____/____/_____
Responsável:

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES



Inscrição: _____

DEPENDENTES

1.	Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____		
Sexo (F/M):	Grau de Parentesco: _____	Estado Civil: _____	Invalído (S/N): _____	IR (S/N): _____
2.	Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____		
Sexo (F/M):	Grau de Parentesco: _____	Estado Civil: _____	Invalído (S/N): _____	IR (S/N): _____
3.	Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____		
Sexo (F/M):	Grau de Parentesco: _____	Estado Civil: _____	Invalído (S/N): _____	IR (S/N): _____
4.	Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____		
Sexo (F/M):	Grau de Parentesco: _____	Estado Civil: _____	Invalído (S/N): _____	IR (S/N): _____
5.	Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____		
Sexo (F/M):	Grau de Parentesco: _____	Estado Civil: _____	Invalído (S/N): _____	IR (S/N): _____
6.	Nome: _____	Data de nascimento: ____/____/____		
Sexo (F/M):	Grau de Parentesco: _____	Estado Civil: _____	Invalído (S/N): _____	IR (S/N): _____

CAMPO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA QUEM NÃO POSSUEM DEPENDENTES:

() Não tenho dependentes a Declarar;

Declaro que as informações contidas neste documento são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade tributária, administrativa, civil e criminal pelas informações prestadas.

Comprometo-me a informar à CASANPREV qualquer alteração sobre a as informações prestadas referente aos respectivos Beneficiários, fornecendo os documentos comprobatórios exigidos.

Estou ciente de que a inclusão e/ou alteração de Beneficiário, posterior à inscrição de Participante no plano o sujeitará a pagamento de joia.

Esta declaração de dependentes substitui as informações prestadas anteriormente.

Local e Data _____

Assinatura Participante ou Representante Legal _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA DEPENDENTES DE IMPOSTO DE RENDA:

1. Cópia da Certidão de Casamento para cônjuge e prova de coabitação em caso de companheiro (a);
2. Cópia da Certidão de Nascimento para filhos até 21 anos. Em caso de dependente inválido é necessário o encaminhamento do laudo médico que comprove a invalidez;
3. Cópia da Indetidade e comprovante de matrícula para filhos até 24 anos de idade que estejam cursando ensino superior ou escola técnica de segundo grau.

Reservado à CASANPREV:

Inclusão/Alteração de dependentes:

Sim

Não

Recebido em: ____/____/____

Joia Devida:

Sim

Não

Responsável: _____

INSTRUÇÕES PARA REQUERIMENTO DA RENDA MENSAL DE APOSENTADORIA PROGRAMADA:



DOCUMENTOS PARA CONCESSÃO DO BENEFÍCIO:

1. Requerimento da Renda Mensal de Aposentadoria Programada;
2. Declaração de Dependentes;
3. Cópia do RG e CPF;
4. Cópia do comprovante de endereço (opcional);
5. Cópia do cartão magnético da conta indicada, cheque ou documento que comprove os dados bancários;
6. Cópia da rescisão do contrato homologada;
7. Cópia Carta de Concessão de Benefício junto ao INSS;
8. Comprovação de Tempo de Serviço emitida pelo INSS (CNIS: Cadastro Nacional de Informações Sociais),
9. Cópia da Procuração ou Termo de Curatela, caso o benefício seja requerido pelo procurador ou curador do participante.

ORIENTAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

REQUERIMENTO DA RENDA MENSAL DE APOSENTADORIA PROGRAMADA

1. Ler com atenção todos os campos do requerimento antes de começar a preencher;
2. Utilize letra de forma para preencher todos os campos;
3. Preencher os dados completos de identificação: nome; matrícula (utilize cinco dígitos, para participantes em PDVI inserir "40" antes da matrícula); número do CPF; número da identidade e órgão emissor; data de nascimento (padrão DD/MM/AAAA); endereço completo para correspondência (todos os campos), e-mail e telefone para contato com código DDD;
4. Preencher o campo "Representante Legal" somente quando da existência de curador(a) ou procurador(a);
5. Em caso de preenchimento do campo em questão, preencher os demais campos: CPF, RG; data de expedição; órgão expedidor e UF do Representante Legal – curador(a) ou procurador(a);
6. Preencher conta bancária para recebimento de benefício: informar banco, código da agência, número da conta com o dígito verificador e tipo de conta (corrente ou poupança). A conta deve ser de titularidade do participante;
7. No campo "Requerimento da Renda Mensal de Aposentadoria Programada (RMAP)", assinalar a opção desejada de Benefício de Renda Mensal CAV, ou seja, optar por benefício com reversão em pensão ou sem reversão em pensão;
8. Caso ainda não tenha completado 58 anos e deseje requerer a antecipação da sua aposentadoria, preencher a opção desejada da antecipação;
9. No campo "Opção Saque à vista", se desejar o recebimento saque, é indispensável a marcação da alternativa "SIM" e a informação do percentual desejado, limitado a 20%. Caso o requerente não queira receber o saque, é necessário a marcação da opção "NÃO";
10. Caso queira requerer o cancelamento da Mongeral/Casanprev, preencher a solicitação no campo Parcela de Risco MONGERAL.
11. Preencher local, data e assinar o requerimento.

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES

1. O documento é de preenchimento obrigatório;
2. Utilize letra de forma para preencher todos os campos;
3. Informe o(s) dependente(s) para fins de percepção de benefício de pensão por morte;
Consideram-se dependentes aqueles informados pelo Participante e que sejam reconhecidos pela Previdência Oficial: cônjuge, a companheira, o companheiro e o filho não emancipado de qualquer condição menor de 21 (vinte e um) anos o inválido, os pais.
4. Insira nome completo; data de nascimento (padrão DD/MM/AAAA); sexo ("F" para feminino e "M" para masculino); grau de parentesco e Estado Civil;
5. Assinale S (SIM) ou N (NÃO) para as opções: "Inválido" e IR (Dependente para Imposto de Renda);
6. Caso não possua dependentes, assinale a opção "Não tenho dependentes a declarar";
7. Preencher local, data e assinar o requerimento.

Pendências que invalidam o requerimento e a declaração de dependentes:

Atenção! Acarretará na não efetivação da concessão do benefício, caso sejam detectadas as seguintes pendências no requerimento:

1. Falta de assinaturas;
2. Falta de preenchimento de algum dos campos obrigatórios;
3. Requerimento contendo rasuras;
4. O não envio, junto com o Requerimento do Benefício de Aposentadoria, da Declaração de Dependentes para Concessão de Benefícios ou dos demais documentos exigidos.