

I. DADOS DO ASSISTIDO

Nome: _____

RG: _____ Órgão/UF: _____ Data de Expedição: ____/____/____ CPF: _____

Cônjuge: _____

End. Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: () _____ Tel. Celular: () _____

E-mail: _____

Pessoa Politicamente exposta (*): Sim () Não ()

Especificar cargo/função ocupada: _____

II. SITUAÇÃO DO ASSISTIDO

Solicito o reinício do recebimento de meu benefício mensal pago pelo Plano Embraer Prev, a partir de ____ / ____ (mês/ano de reinício), considerando a forma de recebimento, conforme abaixo registrada:

I. () Renda Mensal de Aposentadoria Programada:

A) () Pagamento mensal de _____% (_____) (por extenso) (entre 0,0% e 2%) do saldo remanescente da conta total do Participante na data do cálculo do benefício, reajustado mensalmente de acordo com a variação da cota;

ou

B) () Pagamento mensal por período de _____ (_____) (por extenso) anos (entre 5 e 30 anos), com a transformação do saldo remanescente em número constante de cotas, sendo o benefício reajustado mensalmente pela variação da cota.

II. () Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez:

A) () Pagamento mensal de Benefício equivalente a 0,5% (zero vírgula cinco por cento) do saldo remanescente da conta total do Participante na data do cálculo do benefício, reajustado mensalmente de acordo com a variação da cota;

ou

B) () Pagamento mensal de Benefício calculado em número constante de cotas, por um período de 240 (duzentos e quarenta) meses, com base no saldo remanescente em número constante de cotas, sendo o benefício reajustado mensalmente pela variação da cota.

III. () Renda Mensal de Pensão por Morte de Participante:

A) () Pagamento mensal de _____% (_____) (por extenso) (entre 0,0% e 2%) do saldo remanescente da conta total do Participante na data do cálculo do benefício, reajustado mensalmente de acordo com a variação da cota;

ou

B) () Pagamento mensal por período de _____ (_____) (por extenso) anos (entre 5 e 30 anos), com a transformação do saldo remanescente em número constante de cotas, sendo o benefício reajustado mensalmente pela variação da cota.

III. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Preencher, datar e assinar o Termo de Reinício de Recebimento de Benefício Mensal e anexar cópia de comprovante bancário (talão de cheque, extrato, etc.).

A documentação deverá ser enviada para a EMBRAER PREV, no endereço que consta no rodapé deste formulário.

Dúvidas quanto ao preenchimento do formulário ou entrega dos documentos poderão ser esclarecidas por meio do Canal Fale Conosco: atendimento@embraerprev.com.br.

IV. DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a EMBRAER PREV poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação dos dados informados.

Declaro estar ciente de que, para todos os efeitos, só será devido reinício do pagamento de Benefício Mensal a partir da homologação pela Entidade desse requerimento.

V. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura do Participante

Campo a ser preenchido pela EMBRAER PREV

Data do recebimento dos documentos ____ / ____ / 20 ____ .

Recebido por

Assinatura da EMBRAER PREV