

## I. DADOS DO PARTICIPANTE/APOSENTADO

Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Falecimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## II. BENEFÍCIO REQUERIDO

Situação na data de falecimento:

### 1. ( ) Participante:

**A.** ( ) receber o benefício de Renda Mensal de Pensão por Morte, formado a partir dos saldos individual e patronal mantidos em favor do Participante, conforme artigo 38 do Regulamento do Plano, da seguinte forma:

( ) Pagamento único de \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) do saldo da conta total do participante (até 25%) e o restante através de uma das opções abaixo:

**i.** ( ) Pagamento mensal de \_\_\_\_\_% ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) (entre 0% e 2%) do saldo da conta total do Participante na data do cálculo do benefício, recalculado mensalmente de acordo com o saldo remanescente da conta;

ou

**ii.** ( ) Pagamento mensal por período de \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) anos (entre 5 e 30 anos), com a transformação do saldo remanescente em número constante de cotas;

**B.** ( ) receber o valor equivalente ao Instituto do Resgate, na forma do artigo 13 do Regulamento do Plano, em pagamento único ou em até 12 (doze) vezes, conforme artigo 39 do Regulamento do Plano, sendo que o requerimento deverá ser obrigatoriamente pelo conjunto de beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s), ocasião em que opto pelo recebimento em:

**i)** ( ) Pagamento único;

ou

**ii)** ( ) Pagamento parcelado em \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) (até 12) vezes.

Obs.: Declaro estar ciente de que, em optando pela opção "B" acima, estarão cessadas, após a realização do(s) pagamento(s) todas as minhas obrigações e direitos junto ao Plano e, ainda, que, em se tratando do recebimento de valor equivalente ao Instituto do Resgate, poderei não receber a totalidade do saldo da conta da Patrocinadora mantida em favor do Participante, conforme tabela constante do artigo 13 do Regulamento do Plano e demais regras regulamentares.

## 2. ( ) **Aposentado ou Aposentado em diferimento do recebimento da aposentadoria:**

**A.** ( ) receber mensalmente o valor da renda mensal de aposentadoria, até o término do prazo de duração do benefício, de acordo com a opção do aposentado, conforme art. 32, parágrafo 3º; ou

**B.** ( ) receber mensalmente o valor da renda mensal de aposentadoria, alterando a forma de recebimento do Benefício, conforme art. 32, parágrafo 4º, inciso I, sendo que o requerimento deverá ser expresso formal e obrigatoriamente pelo conjunto de beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s), na forma a seguir:

**i)** ( ) Pagamento mensal de \_\_\_\_\_% (\_\_\_\_\_) (por extenso) (entre 0% e 2%) do saldo da conta total do Assistido na data do cálculo do benefício, recalculado mensalmente de acordo com o saldo remanescente da conta;

ou

**ii)** ( ) Pagamento mensal por período de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) (por extenso) anos (entre 5 e 30 anos), com a transformação do saldo remanescente em número constante de cotas;

**C.** ( ) receber em pagamento único o saldo remanescente da Conta Identificada de Benefício (CIB), conforme art. 32, parágrafo 4º, inciso II, sendo que o requerimento deverá ser expresso formal e obrigatoriamente pelo conjunto de beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s).

## III. OPÇÃO PELO PERFIL DE INVESTIMENTO

( ) CONSERVADOR                      ( ) CONVENCIONAL

Declaro ter pleno conhecimento das características de cada um dos perfis de investimento, estando ciente dos riscos financeiros inerentes a cada um destes, bem como de que os percentuais de alocação em Renda Variável e Renda Fixa do perfil CONVENCIONAL, apresentados no Manual de Operacionalização dos perfis de investimento, poderão variar para mais ou para menos, conforme Política de Investimento vigente.

Declaro ter ciência de que, caso meus recursos estejam alocados no perfil ARROJADO, deverei alterar meu perfil de investimento para CONSERVADOR ou CONVENCIONAL em até 3 (três) anos, a contar da data de início do benefício, tendo oportunidade para fazê-lo somente nas campanhas semestrais de alteração de perfil, sendo que, caso não realize essa alteração no referido prazo, terei meus recursos alocados, automaticamente, no perfil CONVENCIONAL.

#### IV. DADOS DO REQUERENTE

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão/UF: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Naturalidade: \_\_\_\_\_ Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Sexo: F ( ) M ( )

Filiação (Pai): \_\_\_\_\_

Filiação (Mãe): \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_

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

Especificar cargo/função ocupada \_\_\_\_\_

End. Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade/Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

#### V. DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: \_\_\_\_\_ Nº do Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Local da Agência: \_\_\_\_\_

#### VI. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO REQUERENTE

Inscriver beneficiário(s) conforme conceito constante do Regulamento do Plano e para todos os fins nele previstos.

**A) Beneficiários Diretos:** cônjuge, companheiro (a), filhos e enteados, solteiros, ou ainda, inválidos.

| Nome Completo | Grau de Parentesco | Sexo (F/M) | Data de Nascimento |
|---------------|--------------------|------------|--------------------|
| 1)            |                    |            |                    |
| 2)            |                    |            |                    |
| 3)            |                    |            |                    |
| 4)            |                    |            |                    |

**B) Beneficiários Designados:** quaisquer pessoas físicas inscritas no cadastro do Plano, na **ausência dos beneficiários**, independentemente do vínculo de parentesco ou de dependência econômica.

| Nome Completo | Sexo (F/M) | Data de Nascimento |
|---------------|------------|--------------------|
| 1)            |            |                    |
| 2)            |            |                    |
| 3)            |            |                    |
| 4)            |            |                    |

Em caso de indicação de beneficiários menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas no Regulamento do Plano, em atendimento ao disposto na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

## VII. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

### Cada beneficiário deverá preencher um formulário:

Preencher, datar e assinar o Requerimento de Benefício e anexar os documentos:

- Comprovante de vinculação do Beneficiário Direto em relação ao Aposentado ou Participante, na forma disposta no Regulamento, ou o(s) Beneficiário(s) Designado(s), conforme cadastro constante na EMBRAER PREV, ou na falta deste(s), o(s) legítimo(s) herdeiro(s), assim reconhecido(s) e autorizado(s) judicialmente;
- Cópia da certidão de óbito do Aposentado ou Participante;
- Cópia da certidão de nascimento ou casamento do requerente;
- Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- Comprovante de residência do requerente;
- Comprovante bancário (cópia de extrato, folha de cheque ou cartão do banco);
- Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento para cada beneficiário do requerente.

## VIII. 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 também, que toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, informarei prontamente a Entidade.

Declaro, ainda, ter ciência de que existindo mais de um Beneficiário Direto, Beneficiário Designado ou Herdeiro Legítimo a opção de recebimento do benefício deverá se realizar de forma única, não comportando divergências de escolha.

Declaro, por fim, ter ciência de que inexistindo unanimidade de escolha da forma de recebimento, a EMBRAER PREV considerará a opção escolhida pela maioria dos optantes e, no caso de empate, levar-se-á em consideração a escolha do Beneficiário ou Herdeiro Legal com idade mais avançada, exceto nos casos em que se exija, expressamente em Regulamento, que a opção deva ser feita obrigatoriamente pelo conjunto dos beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s).

Comprometo-me a comunicar imediatamente à EMBRAER PREV a perda da condição de beneficiário e/ou a revogação da procuração, curatela ou tutela, quando for o caso.

A EMBRAER PREV realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). Neste sentido, declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da EMBRAER PREV, disponível no portal institucional <https://www.embraerprev.com.br/>

## IX. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Requerente

\_\_\_\_\_

Assinatura do Requerente

### Campo a ser preenchido pela EMBRAER PREV

Data do recebimento dos documentos \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ .

Data de Início de Benefício – DIB: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_ .

\_\_\_\_\_

Recebido por:

\_\_\_\_\_

Assinatura da EMBRAER PREV