

REQUERIMENTO DE PECÚLIO POR MORTE

PLANO CLT: Plano Previdenciário Suplementar à Previdência Social – PPSPS (CNPB n. 1979.0011-38)
 PLANO RJU: Plano de Benefícios Suplementar ao Regime Jurídico Único – PBSRJU (CNPB n. 1991.0012-74)
 PLANO PREVSIAS: Plano de Aposentadoria SIAS – PrevSIAS (CNPB N.º 2013.0011-18)

Campo 1:	BENEFICIÁRIO
Eu, _____	
Beneficiário(a) de _____	
Matrícula SIAPE/SIAS nº _____, falecido(a) em _____, solicito o pagamento de Pecúlio por Morte, na forma do Regulamento do Plano de Benefícios de que participava o(a) falecido(a).	
ESTOU CIENTE DE QUE:	
<p>i) o direito ao benefício de pecúlio por morte depende do atendimento dos requisitos previstos em regulamento, o que, após o protocolo deste requerimento, será avaliado pela SIAS;</p> <p>ii) o pecúlio por morte somente será pago aos(às) beneficiários(as) previstos em regulamento;</p> <p>iii) o recebimento deste requerimento pela SIAS não implica o reconhecimento da condição de beneficiário do(a) requerente, condição essa que será verificada em processo administrativo interno;</p> <p>iv) caso seja supervenientemente reconhecido o direito de algum(a) dependente do(a) participante falecido(a) - eventualmente omitido na relação de beneficiários - ao pecúlio por morte, deverei devolver a quantia que tiver sido recebida indevidamente.</p> <p>v) A SIAS realizará o tratamento dos dados pessoais dos beneficiários de acordo com as disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).</p>	
Além disso, presentes os requisitos regulamentares para pagamento do pecúlio por morte, AUTORIZO o desconto, no recebimento do citado benefício, de qualquer débito do(a) falecido(a) participante ou assistido(a) com a SIAS.	
ENDEREÇO: _____	
BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____ CEP: _____	
TEL.: (____) _____ E-MAIL _____	
RG: _____ CPF: _____ DATA DE NASC.: _____	
Pessoa Politicamente Exposta (Instrução MPS/SPC nº 26/2008, de 1º/09/2008)	
*Antes de preencher abaixo, leia o ofício " Declaração de Pessoa Politicamente Exposta - PE " e, em caso afirmativo às perguntas abaixo, preencha o formulário.	
1. Exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
2. Possui relacionamento com pessoa que exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

Campo 2:	NÚMERO DA MINHA CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO DO PECÚLIO*
BANCO: _____ AG.: _____	
C/C <input type="checkbox"/> C/P <input type="checkbox"/>	

* Não é permitido informar conta salário. Conta conjunta só é aceita quando o beneficiário é o titular da conta.

C/C: conta corrente C/P: conta poupança

DATA _____ ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) _____

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS:

- Cópia autenticada da certidão de óbito;
- Cópia autenticada da identidade (RG) e CPF do (a) participante e do(a) beneficiário;
- Cópia autenticada do comprovante de residência (conta consumo água, luz, gás ou telefone);
- Comprovante da conta bancária do (a) do(a) beneficiário(a);
- Cópias do comprovante de concessão de pensão IBGE ou INSS, se pensionista;
- Declaração de Inexistência de Beneficiários de Pensão emitida pelo IBGE ou INSS (Para beneficiário designado ou Alvará Judicial);
- Cópia autenticada da certidão de casamento atualizada ou termo de coabitação;
- Cópia autenticada do último contracheque do servidor.

Recebido em _____
 ASS: _____