

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:

- 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;
- ii) o pecúlio por morte **somente** será pago aos(às) beneficiários(as) previstos em regulamento;
- 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;
- 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.
- 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).

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? SIM NÃO

2. Possui relacionamento com pessoa que exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? SIM NÃO

Campo 2: NÚMERO DA MINHA CONTA BANCÁRIA PARA DEPÓSITO DO PECÚLIO*

BANCO: _____ AG.: _____ C/C
 C/P

* 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: _____