

**Requerimento de Benefício**

Nome do Participante

Matrícula

Requerente

**Dados do Participante / Requerente**

Endereço

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone Residencial

Celular

E-mail

CPF

Data de nascimento

Banco

Agência

Conta Corrente

O abaixo assinado requer deste Instituto de Seguridade o benefício de

Suplementação de Pensão por Morte

Suplementação de Aposentadoria por Invalidez

Suplementação Auxílio Doença

Suplementação de Acidente de Trabalho

Auxílio Funeral

**Declaração de Encargos de Família para Fins de Imposto de Renda**

Nos termos da legislação do Imposto de Renda, venho pela presente ir formar que tenho, como encargos de família, as pessoas abaixo relacionadas:

Nome	Sexo	CPF	Data de Nascimento	Parentesco

Declaro, sob as penas da lei que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade. Autorizo o Economus Instituto de Seguridade Social a descontar do benefício requerido quaisquer débitos por ventura existentes com a Entidade.

Em caso de Auxílio Doença e/ou Acidente de Trabalho comprometo-me a devolver os valores pagos indevidamente por qualquer motivo, dentre esses os recebidos devido a alteração da data de início ou data de cessação. Declaro ainda que enviarei uma cópia de todas as perícias que forem realizadas (CREM) para o Economus, estando ciente da cessação da complementação caso o envio não seja realizado.

**Opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda**

Em atendimento às disposições da lei nº 14.803 de 10 de janeiro de 2024, opto por um dos regimes de tributação abaixo elencados, e declaro que estou ciente que minha opção será irrevogável nos termos da legislação.

Caso a opção já tenha sido exercida em benefício ou resgate anterior, considerar-se-á a primeira opção de regime de tributação escolhida.

 Regressivo Progressivo

Local e Data

Assinatura do Participante/Requerente