

## FORMULÁRIO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

### DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo	CPF (somente números)		
Estado Civil	Celular	E-mail	
Endereço (Av./Rua)	Número	Bairro	
Cidade	Estado	CEP	Data de Desligamento

### BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

DISPONÍVEL PARA PARTICIPANTES COM PELO MENOS 3 ANOS DE VINCULAÇÃO AO PLANO

Declaro que recebi o extrato do valor correspondente ao meu Benefício Proporcional, resultado do cálculo atuarial do benefício pleno acumula-do sem projeção de crescimento salarial, e/ou o extrato do cálculo da Renda Vitalícia Especial, caso tenha preenchido os requisitos do Regulamento do Plano BD, administrado pela PreviBayer, e que somente terei direito a receber o Benefício Proporcional quando tiver, no mínimo, 55 (cinquenta e cinco) anos de idade e 3 (três) anos de tempo de vinculação ao plano durante 60 (sessenta) meses, desde que não tenha optado, se aplicável, pelo Instituto da Portabilidade nem do Resgate de Contribuições.

- Renda Vitalícia Especial (45 anos de idade e 10 anos de vínculo ao Plano)
- Benefício Proporcional Diferido (3 anos de vínculo ao Plano)

### BENEFICIÁRIOS LEGAIS

Nome	CPF	Parentesco	Data de Nascimento
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE