

## REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

### DADOS DO PARTICIPANTE

Nome			CPF
RG	Celular	E-mail	
Endereço	Bairro		
Cidade	Estado	CEP	

Solicito a alteração da forma de recebimento do benefício de aposentadoria conforme Regulamento do Plano CD Flex, administrado pela Previbayer, da seguinte forma:

### FORMAS DE RECEBIMENTO

- Renda pelo percentual de ..... % de (0,1% a 1,4%) do Saldo de Conta Total.
- Renda pelo prazo certo de ..... anos (prazo mínimo de 5 anos e máximo de 20 anos).
- Benefício fixo: renda mensal no valor de R\$ e ....., cujo valor deverá estar entre 0% a 1,4% do Saldo de Conta Total remanescente.

Estou ciente que, conforme previsto no Regulamento do Plano CD Flex, essa é a primeira e a única vez que estou solicitando a alteração durante o período de percepção do benefício.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE