

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

01 de 02

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

.....

CPF

.....

RG

.....

Celular

.....

E-mail

.....

Endereço

.....

Bairro

.....

Cidade

.....

Estado

.....

CEP

.....

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

Disponível para participantes com, no mínimo, uma contribuição básica paga.

Declaro que recebi o extrato do meu saldo de conta e que tenho conhecimento de que, de acordo com o Regulamento do Plano Previleve, administrado pela Previbayer, somente terei direito a receber o benefício proporcional quando tiver, no mínimo, 50 (cinquenta) anos de idade e 1 contribuição básica paga, desde que não tenha optado pelo instituto da portabilidade nem do resgate de contribuições.

Estou ciente de que, nos termos do Regulamento do Plano, posso efetuar aportes específicos ao plano, desde que comunique previamente a Previbayer.

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

02 de 02

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Nome

Data de nascimento

% do Rateio

.....
.....
.....
.....
.....

Local

Data

.....
.....	

Assinatura do participante