

# 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 pelo menos 3 anos de vinculação ao Plano.

Declaro que recebi o extrato do meu saldo de conta e que tenho conhecimento de que, de acordo com o Regulamento do Plano CD Flex, administrado pela PreviBayer, somente terei direito a receber o Benefício Proporcional quando tiver, no mínimo, 50 (cinquenta) anos de idade e 3 (três) anos de vinculação ao plano, desde que não tenha optado pelo Instituto da Portabilidade nem do Resgate de Contribuições.

Estou ciente de que, nos termos do Regulamento do Plano CD Flex, 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