

## REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

### DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

.....

CPF

E-mail

.....

Telefone

Celular

.....

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

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

Estou ciente que conforme previsto no Regulamento do Plano CD Flex, a opção por uma das formas de renda mensal deverá ser formulada pelo participante, ou pelo beneficiário, conforme o caso, na data de requerimento do respectivo benefício e poderá ser alterada 1 (uma) vez durante o período de percepção do benefício.

Local

Data

.....

.....

Assinatura do participante