

## REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DE PERCENTUAL DE RENDA

### DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

.....

CPF

E-mail

.....

Telefone

Celular

.....

Eu, aposentado do Plano CD Flex, administrado pela Previbayer Sociedade de Previdência Privada, solicito a alteração do Percentual de Recebimento da minha Renda Mensal conforme previsto no Regulamento do Plano e apontado abaixo. Estou ciente de que esta opção somente pode ser exercida no mês de março e setembro, com vigência a partir do mês subsequente.

(            )% - optar entre 0,1% e 1,4% do saldo aplicável de renda mensal.

Local

Data

.....

.....  
Assinatura do participante