

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

NOME _____ CPF _____

ENDEREÇO _____

BAIRRO _____ CIDADE _____ CEP _____ TELEFONE _____

E-MAIL _____ CELULAR _____ NÚMERO DE DEPENDENTES NO IR _____

NOME DO BANCO _____ Nº DA AGÊNCIA _____ CONTA CORRENTE _____

TIPO DE BENEFÍCIO

- Aposentadoria Antecipada Aposentadoria Normal Aposentadoria por Invalidez
- Benefício Proporcional

OPÇÕES DE PAGAMENTO

- Solicito pagamento único de _____% **(de 0% até 25% e percentuais inteiros)** do Saldo de Conta Total, sendo o restante do Saldo de Conta Total transformado em renda mensal de acordo com uma das opções abaixo:
- Pagamento mensal a ser efetuado por um período determinado de _____ anos **(mínimo 10 e máximo 15 anos)**.
- Pagamento mensal de _____% **(percentual de 0,1% a 1,5%)** do Saldo de Conta Total.
- Pagamento mensal de renda vitalícia a ser paga por Entidade Aberta de Previdência Complementar ou Seguradora.

ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Antes de preencher o formulário consultar as orientações de preenchimento abaixo:

Preencha o nome e todas as demais informações em letra de forma e sem abreviaturas. O formulário não pode conter rasuras, estar sem data ou assinatura. Nestes casos, a solicitação será indeferida e processada apenas com o recebimento de um novo formulário. O crédito será realizado no último dia deste mês, se a solicitação for recebida pela Previbayer até o 15º dia, ou a partir do mês subsequente, caso recebida a partir do 16º dia do mês corrente.

Declaro que:

- Para ser elegível à Aposentadoria por Invalidez, devo comprovar a concessão desse mesmo benefício pelo INSS ou ter a invalidez atestada pelo clínico credenciado da Patrocinadora ou indicado pela Previbayer;
- Para Desconto de Pensão Alimentícia devo enviar um Ofício Judicial dirigido à Previbayer contendo os dados cadastrais e bancários do(a) pensionista alimentar.
- Informarei à Previbayer, no prazo de 30 dias, qualquer alteração dos meus dados cadastrais, dos beneficiários ou bancários;
- Comprometo-me a entregar junto com este Termo de Opção os seguintes documentos, em cópia simples:

CPF

RG

Certidão de Casamento ou União Estável

Carta de Concessão do INSS*

*Em caso de opção por Aposentadoria por Invalidez

TERMO DE RESPONSABILIDADE:

Solicito a concessão do benefício indicado, declarando ter ciência dos critérios estabelecidos no regulamento do Plano de Benefícios da Prevmon CV.

.....
Local

.....
Data

.....
Assinatura do participante