

**FORMULÁRIO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO**

01 de 02

Registro

(cód funcional)

**DADOS DO PARTICIPANTE**

Nome

Data de Nascimento

RG

CPF

Nacionalidade

Estado Civil

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Celular

Telefone

Email

Data de Desligamento

**BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO***Disponível para Participantes com pelo menos 3 anos de vinculação ao Plano*

Declaro que recebi o extrato do valor correspondente ao meu Benefício Proporcional, resultado do cálculo atuarial do benefício pleno acumula-do sem projeção de crescimento salarial, e/ou o extrato do cálculo da Renda Vitalícia Especial, caso tenha preenchido os requisitos do Regulamento do Plano BD, administrado pela PreviBayer, e que somente terei direito a receber o Benefício Proporcional quando tiver, no mínimo, 55 (cinquenta e cinco) anos de idade e 3 (três) anos de tempo de vinculação ao plano durante 60 (sessenta) meses, desde que não tenha optado, se aplicável, pelo Instituto da Portabilidade nem do Resgate de Contribuições.

 Renda Vitalícia Especial (45 anos de idade e 10 anos de vínculo ao Plano) Benefício Proporcional Diferido (3 anos de vínculo ao Plano)

## FORMULÁRIO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

02 de 02

### BENEFICIÁRIOS LEGAIS

Nome	Parentesco	Data Nascimento
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Local	Data
.....	.....

Assinatura do Participante