

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO

01 de 02

Nome		CPF	
RG	Celular	E-mail	
Endereço		Bairro	
Cidade	Estado	CEP	Estado Civil

Tendo preenchido todos os requisitos para a aposentadoria, solicito à Previbayer o pagamento de benefício, conforme indicações abaixo. Declaro estar ciente e concordar, após lido e compreendido todos os direitos e obrigações previstos no Regulamento do Plano de Aposentadoria CD Flex

TIPO DE BENEFÍCIO

Aposentadoria Invalidez*

*para ser elegível ao benefício de aposentadoria por invalidez é necessário comprovar a concessão desse mesmo benefício pelo INSS ou ter a invalidez atestada pelo clínico credenciado da patrocinadora ou indicado pela Previbayer.

RESIDENTE NO EXTERIOR?* SIM NÃO SE SIM, QUAL O NIF? **

* Esse campo é de preenchimento obrigatório

**Número de identificação Fiscal

FORMA DE RECEBIMENTO

- Optar por receber à vista % do Saldo de Conta Total (limitado a 25% do saldo).
1. Renda pelo percentual de % de (0,1% a 1,4%) do Saldo de Conta Total.
2. Renda pelo prazo certo de anos (de 5 a 20 anos).
3. Benefício fixo: renda mensal no valor de R\$, cujo valor deverá estar entre 0,1% e 1,4% do Saldo de Conta Total remanescente.
4. Pagamento único*

Venho por meio desta solicitar o pagamento do meu benefício por meio de parcela única, conforme previsto em regulamento. Declaro que com o recebimento desse valor dou quitação em relação as obrigações da Previbayer, para comigo, meus beneficiários e herdeiros legais.

*o pagamento único poderá ser solicitado apenas por participantes cujo benefício mensal fique abaixo de 2 UP's

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS

02 de 02

PERFIL DE INVESTIMENTO

Assinalar abaixo a forma de correção do seu saldo de conta:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SUPER CONSERVADOR	CONSERVADOR	MODERADO	AGRESSIVO	CICLO DE VIDA

Consulte nossa página de investimentos ou material explicativo para mais informações sobre perfis de investimento.

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Nome	CPF	Data de Nascimento	% do Rateio
.....
.....
.....
.....
.....

DADOS BANCÁRIOS

Não efetuamos pagamento em conta corrente aberta pelo INSS e conta poupança

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente	- Digito
.....

Declaro expressamente estar ciente de que os dados pessoais informados neste requerimento e os demais dados pessoais em posse da PreviBayer serão objeto de tratamento com a finalidade de execução do contrato civil-previdenciário celebrado entre mim e a PreviBayer, nos termos do art. 7º, V da Lei nº 13.709, de 14.08.2018, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), observada a Política de Privacidade disponível no site www.previbayer.com.br, declaro ainda que, as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a PreviBayer qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE