

REQUERIMENTO DE ANTECIPAÇÃO DE SALDO DE CONTA

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

CPF

Celular

E-mail

RESIDENTE NO EXTERIOR?

Sim

Não

SE SIM, QUAL O NIF? **

* Esse campo é de preenchimento obrigatório

** Número de identificação Fiscal

Eu, participante assistido do Plano de Aposentadoria CD Flex, administrado pela Previbayer Sociedade de Previdência Privada, venho, por meio do presente Termo, em conformidade com o disposto no Regulamento do referido Plano, solicitar o pagamento à vista de:

(.....) % (optar entre 1% a 25% do saldo de conta total).

DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

- A antecipação de percentual acarretará na redução do benefício mensal;
- Na hipótese de opção pelo recebimento à vista de um percentual inferior a 25% do saldo de conta do participante, o mesmo poderá optar posteriormente, a qualquer momento, por receber um percentual do referido saldo remanescente, desde que esse percentual escolhido, adicionado aos anteriormente solicitados, não ultrapasse o limite máximo de 25% , limitado a 5 solicitações.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE