PREVIBAYER CDflex

REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome ..... CPF .....

RG ..... Celular ..... E-mail .....

Endereço ..... Bairro .....

Cidade ..... Estado ..... CEP .....

Solicito a alteração da forma de recebimento do benefício de aposentadoria conforme Regulamento do Plano CD Flex, administrado pela Previbayer, da seguinte forma:

FORMAS DE RECEBIMENTO

1. ◯ **Renda pelo percentual de ..... % de (0,1% a 1,4%) do Saldo de Conta Total.**

2. ◯ **Renda pelo prazo certo de ..... anos (prazo mínimo de 5 anos).**

3. ◯ **Benefício fixo: renda mensal no valor de R$ e ....., cujo valor deverá estar entre 0% a 2,5% do Saldo de Conta Total remanescente.**

Estou ciente que, conforme previsto no Regulamento do Plano CD Flex, essa é a primeira e a única vez que estou solicitando a alteração durante o período de percepção do benefício.

....

LOCAL **DATA**

.....

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Domingos Jorge, 1100 - Socorro | São Paulo - SP | CEP 04779-900
E-mail contato@previbayer.com.br | Telefone: 0800 818 2020