

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO COPASA CD

NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO:

Aposentadoria Normal
 Aposentadoria Antecipada
 Aposentadoria por Invalidez
 Benefício Proporcional Diferido (BPD)
 Pensão / Reclusão

Nome: _____

Matrícula Patrocinadora: _____ Matrícula Fundação Libertas: _____

Endereço: _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____

Telefones: _____ Carteira de Identidade: _____ CPF: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

E-mail: _____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome:	Grau de Parentesco:	Data de Nascimento	Marque X para o Beneficiário de Imposto de Renda
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DESIGNADOS

Nome:	Grau de Parentesco:	Data de Nascimento	Marque X para o Beneficiário de Imposto de Renda
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO COPASA CD

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA-CD

Saque à Vista (até 25% da CIB): _____%

Pagamento Único (_____) até 60 parcelas.

Com reversão em Benefício de Pensão por Morte:

Sim Não

Opções de Renda Mensal

Prazo Indeterminado Prazo Certo: (_____) anos
(5, 10, 15, 20 ou 25 anos)

Declaro junto à fundação Libertas, serem verdadeiras todas as informações acima.

_____/_____/_____
Local: Data:

Assinatura do requerente