

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO CODEMIGPREV

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

<input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal	<input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada	<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidez	<input type="checkbox"/> Pensão	<input type="checkbox"/> Benefício Promocional Diferido (BPD)
---	---	--	---------------------------------	---

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula Patrocinadora: \_\_\_\_\_ Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Banco: \_\_\_\_\_ Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

**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 CODEMIGPREV

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA-CD**

Saque à Vista (até 25% da CIB): \_\_\_\_\_%

Pagamento Único

Com reversão em Benefício de Pensão por Morte:

Sim

Não

**Opções de Renda Mensal**

Prazo Indeterminado

Prazo Certo: ( \_\_\_\_\_ ) anos  
(5, 10, 15, 20, 25 ou 30 anos)

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

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Local: Data:

\_\_\_\_\_  
Assinatura do requerente