

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR MORTE DE ATIVO

Nome do Instituidor:

Nome:

Matrícula Fundação Libertas:

Endereço:

Nº:

Complemento:

Bairro/Distrito:

Município:

UF:

CEP:

Telefones:

Carteira de Identidade:

CPF:

Banco:

Agência:

Conta Corrente:

E-mail:

**PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO**

**OPÇÕES DE RENDA MENSAL**

Prazo Determinado: (\_\_\_\_) Anos.  
(mínimo de 5 e máximo de 30 anos, com intervalos de 1 ano completo)

Desejo receber a parcela referente ao Abono Anual (13 – Décimo terceiro)

Renda Mensal em Percentual do Saldo de Contas (\_\_\_\_) %.  
(Entre 0,1% e 1,5% com intervalos de 0,05%)

Prazo Indeterminado.

Parcela única

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

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

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