

▶ **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