

TERMO DE ALTERAÇÃO DO PRAZO DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO CDPREV

Nome Completo:				Matrícula Fundação Libertas:	
CPF:	Carteira Identidade:			Orgão Emissor:	
Endereço:	Nº:			Bairro:	
Cidade:	UF:	Telefones:			
E-mail:					

Pelo presente Termo, o assistido abaixo identificado, cumprido os requisitos regulamentares referentes ao prazo para percepção do benefício de renda continuada, contados a partir da Data de Início do Benefício e, depois, da última alteração procedida, com base no saldo remanescente da Conta CIB e opta pela ALTERAÇÃO DA FORMA DE RECEBIMENTO DA RENDA, na forma seguinte:

<input type="checkbox"/> RENDA POR PRAZO CERTO, em anos	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25
	<input type="checkbox"/> com reversão em Pensão	<input type="checkbox"/> sem reversão em Pensão			
<input type="checkbox"/> RENDA POR PRAZO INDETERMINADO	<input type="checkbox"/> com reversão em Pensão	<input type="checkbox"/> sem reversão em Pensão			

Declaro estar ciente de que o início de vigência da nova forma de percepção dar-se-á conforme disposto no Regulamento, a partir do mês subsequente ao da opção ora realizada, e o novo valor será calculado de acordo com o saldo remanescente.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior a uma a uma **URP**, o valor residual existente na conta CIB será pago de uma só vez, com os encargos de estilo, encerrando-se assim todo e qualquer vínculo do Assistido para com o plano de benefícios.

A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.