

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:

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

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

 **REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO**

**Programado**

**Invalidez**

### PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA PARTICIPANTE DO PLANO

#### OPÇÕES DE RENDA MENSAL

Prazo Indeterminado.

Parcela única.

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

**Com reversão em Benefício de Pensão por Morte:**

SIM

NÃO

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

Saque De Até 25% (\_\_\_\_).

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

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

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

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