

▶ **TERMO DE ALTERAÇÃO DO PRAZO DE RECEBIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO CODEMIGPREV**

Nome Completo:		Matrícula Fundação Libertas:	
CPF:	Carteira de 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. De <input type="text"/> anos, para <input type="text"/> anos. De 5 anos a 30 anos, em intervalos de 1 ano.
<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 de janeiro do ano 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.

Se for beneficiário de Benefício de Pensão por Morte, favor entrar em contato com a Fundação Libertas. A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, cabendo apenas a alteração da reversão ou não em Pensão por Morte, conforme Regulamento

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____. _____
Assinatura do Participante

Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.