

▶ REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO SALDADO RP4

**NA QUALIDADE DE PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO DO PLANO PREVIDENCIAL, VENHO REQUERER O BENEFÍCIO ABAIXO ASSINALADO:**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Idade | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo | <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Invalidaz | <input type="checkbox"/> Supl. Apos. Especial  |
| <input type="checkbox"/> Pensão por Morte        | <input type="checkbox"/> Auxílio Doença          | <input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte           | <input type="checkbox"/> Benef. Proporc. Diferido (BPD) p/Recebimento_____ANOS (de 15 a 30 anos) |

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula Libertas: \_\_\_\_\_ Matrícula Fundação Libertas: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro/Distrito: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_ Carteira de Identidade: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DO BENEFICIÁRIO**

Nome: _____	Grau de Parentesco: _____	Data de Nascimento _____	<b>Marque X</b> para o Beneficiário de Imposto de Renda
-------------	---------------------------	--------------------------	---

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

**DECLARO JUNTO À FUNDAÇÃO LIBERTAS, SEREM VERDADEIRAS TODAS AS INFORMAÇÕES ACIMA E ESTOU CIENTE QUE O CÁLCULO DO MEU BENEFÍCIO SERÁ FEITO DE ACORDO COM BASE NOS 12 ÚLTIMOS SALÁRIOS DE PARTICIPAÇÃO EFETIVAMENTE RECOLHIDOS AO PLANO.**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_/\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Assinatura do requerente