

▶ 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	Marque X 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