

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"/> <b>RENDA POR PRAZO CERTO</b> , em anos. De <input type="checkbox"/> anos, para <input type="checkbox"/> anos. De 5 anos a 30 anos, em intervalos de 1 ano.
<input type="checkbox"/> <b>com</b> reversão em Pensão <input type="checkbox"/> <b>sem</b> reversão em Pensão
<input type="checkbox"/> <b>RENDA POR PRAZO INDETERMINADO</b> <input type="checkbox"/> <b>com</b> reversão em Pensão <input type="checkbox"/> <b>sem</b> 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.**