

Nome Completo: _____ Matrícula Fundação Libertas: _____

CPF: _____ Carteira 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:

RENDA POR PRAZO CERTO, em anos 5 10 15 20 25

com reversão em Pensão **sem** reversão em Pensão

RENDA POR PRAZO INDETERMINADO **com** reversão em Pensão **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 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.

A opção conferida através do presente Termo NÃO se aplica aos assistidos aposentados por invalidez, cuja renda é paga somente pelo prazo indeterminado, conforme Regulamento.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

_____ Assinatura do Participante

_____/_____/_____ Responsável pelo recebimento

_____ Assinatura da Fundação

Necessário apresentação de cópia de RG e CPF.