

CNPB do Plano:

Matrícula Do Participante:

Dados do instituidor

Nome do Instituidor:

CNPJ do Instituidor:

Pré-preenchido para os demais instituidores

Dados do participante

Nome:

CPF:

Logradouro:

Nº:

CEP:

Complemento:

Bairro::

Cidade/Estado::

Telefones:

E-mail:

REPRESENTANTE LEGAL (em caso de participante menor de idade, curatelado ou tutelado) CPF:

Pelo presente Termo, o assistido acima 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:

Com reversão em Benefício de Pensão por Morte:

Sim Não

Desejo Receber A Parcela Referente Ao Abono Anual

OPÇÕES DE RENDA MENSAL

- Prazo Determinado:** (____) Anos (mínimo de 5 e máximo de 30 anos, com intervalos de 1 (um) ano completo).
- Prazo Mensal em Percentual :** do Saldo de Contas (____) %.) Entre 0,1% e 1,5% com intervalos de 0,05%.
- Prazo Indeterminado.**
- Benefício Temporário** (____) meses, mínimo 12 e máximo 60. Com (____)%, entre 10 (dez) a 70 (setenta)% em intervalos de 10% (dez por cento))% sobre o saldo da Conta Individual do Participante.

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.

Por fim, declaro estar ciente de que, caso o benefício seja inferior 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