

ALTERAÇÃO DO BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA

Nome:

De posse de um exemplar do Regulamento do Plano, e ciente, notadamente quanto aos dispositivos relacionados ao Pagamento e Reajustamento dos Benefícios, exerço, de livre e espontânea vontade, a alteração da minha opção pela renda mensal:

() **FINANCEIRA, POR PRAZO DETERMINADO (6.3.1 - II)**, pelo prazo de
(.....) anos (de 5 a 20 anos);

() **FINANCEIRA, POR PERCENTUAL DO SALDO (6.3.1 - III)**, correspondente a
.....% do Saldo de Conta Aplicável (de 0,5 a 2,0 %);

() **FINANCEIRA, DE VALOR FIXO EM REAIS (6.3.1 - IV)**, correspondente a
R\$......, limitado de 0,5% a 2,0% do Saldo de Conta Aplicável.

Estou ciente que incidirá Imposto de Renda sobre o valor do saque e da renda mensal.

São Paulo, de de 20 .

Nome:

CPF :

RG :

Telefone :