

**REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO NA FORMA DE RECEBIMENTO BENEFÍCIO
JUNTO AO PLANO ACEPREV** **PRINCIPAL** **ADICIONAL****PARTICIPANTE OU BENEFICIÁRIO** Participante Assistido Beneficiário**TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal | <input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal Antecipada |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial | <input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial Antecipada |
| <input type="checkbox"/> Pensão por Morte | <input type="checkbox"/> Benefício Proporcional Diferido |

DADOS DO PARTICIPANTE/BENEFICIÁRIO REQUERENTE:

- a) Nome: _____
- b) Matrícula: _____ CPF: _____
- c) Logradouro: _____ Número: _____
- d) Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____
- e) Estado: _____ CEP: _____ Tel. Residencial: _____
- f) Tel. Celular: _____ E-mail: _____

Considerando que as alíneas “a”, “b” e “c” dos parágrafos 1º e 2º do artigo 92 do Regulamento do Plano de Benefícios preveem a possibilidade de redefinição pelo Participante e ou Beneficiários, no mês do aniversário do participante, anualmente, com aplicação a partir do mês subsequente, declaro expressamente desejar receber o benefício doravante e até nova eventual alteração na forma abaixo:

() Renda Mensal em Percentual correspondente a ____% (múltiplos de 0,10 no intervalo de 0,10% a 2,5%) do saldo remanescente.

Ou

() Renda Mensal em Prazo Certo, correspondente a um número constante de quotas por um prazo de ____ parcelas (mínimo de 65 meses, incluindo o Abono Anual, contatados a partir da data do início do pagamento do benefício).

**REQUERIMENTO DE ALTERAÇÃO NA FORMA DE RECEBIMENTO BENEFÍCIO
JUNTO AO PLANO ACEPREV**

PRINCIPAL

ADICIONAL

Ou

() Renda Mensal no valor fixo, correspondente a de R\$ _____
(_____)

OBS: Em caso de empréstimo com a Entidade, a alteração acima poderá impactar nas condições contratadas. Caso necessário a Aceprev entrará em contato.

DECLARAÇÃO:

Declaro ter pleno conhecimento do Estatuto e do Regulamento do Plano de Benefícios, bem como ter recebido da ACEPREV esclarecimentos necessários para a presente opção.

Declaro também ter conhecimento que nenhuma das opções acima pode gerar valor mensal inferior a 01 unidade previdenciária de Benefício (UPB), conforme dispõe artigo 110 do Regulamento, bem como que a opção realizada neste requerimento somente poderá ser alterada mediante novo requerimento junto à Entidade, nas condições definidas no Regulamento do Plano de Benefícios: opção no mês de aniversário de nascimento do participante.

Afirmo ainda ter conhecimento que a opção acima não pode implicar em recebimento do benefício em prazo inferior a 5 anos, contados a partir da data de início do pagamento do benefício.

_____, ____ / ____ / ____
(local) (data)