

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

☐ **PRINCIPAL**

☐ **ADICIONAL**

PARTICIPANTE OU BENEFICIÁRIO

☐ Participante Assistido

☐ Beneficiário

TIPO DE BENEFÍCIO REQUERIDO

☐ Aposentadoria Normal

☐ Aposentadoria Normal Antecipada

☐ Aposentadoria Especial

☐ Aposentadoria Especial Antecipada

☐ Pensão por Morte

☐ 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)