

APOSENTADORIA ANTECIPADA

NOME _____

CPF _____ DATA DE NASCIMENTO _____ IDADE _____ SEXO M F

ESTADO CIVIL _____ DATA DE DESLIGAMENTO _____ TEL. _____ CELULAR _____

ENDEREÇO _____ BAIRRO _____

CIDADE/ESTADO _____ CEP _____ E-MAIL _____

1) RENDA MENSAL

Tendo preenchido os requisitos de elegibilidade para o recebimento do benefício de Aposentadoria Antecipada, conforme previsão constante do item 8.2 Regulamento do Plano de Benefícios da Inovar Previdência, informamos que o(a) senhor(a) começará a receber o benefício mensal de aposentadoria, conforme artigo 8 do regulamento do plano. Dessa forma, o primeiro pagamento, referente ao mês de _____ será feito no dia ____/____/____, sendo que os pagamentos mensais subsequentes serão efetuados sempre até o dia 5 de cada mês e de acordo com a opção abaixo, conforme artigo 10 do regulamento.

- RENDA MENSAL CORRESPONDENTE A _____% DO SALDO DE CONTA TOTAL (PERCENTUAL VARIÁVEL ENTRE 0,1% E 2,5%)
- RENDA MENSAL, EM NÚMERO CONSTANTE DE COTAS, POR UM PERÍODO DE _____ ANOS (ENTRE 5 E 20 ANOS)
- RENDA MENSAL DE _____ REAIS (MÁXIMO DE 2,5% DO SALDO DE CONTA TOTAL)

Seja qual for a opção escolhida acima, é possível receber até 25% do saldo de conta de uma única vez, a qualquer tempo. Indique abaixo:

- SIM, QUERO RECEBER _____% (ATÉ 25%) DO SALDO DE CONTA TOTAL EM FORMA DE PAGAMENTO
- ÚNICO NÃO

O Crédito deverá ser feito conforme indicado:

BANCO: ITAÚ (341)

AGÊNCIA: _____ CONTA CORRENTE: _____

2) BENEFICIÁRIOS

Inscrovo como Beneficiários Indicados, para recebimento de Pensão por Morte, as seguintes pessoas físicas, com os respectivos percentuais de benefício (Obs.: a soma dos percentuais não pode ultrapassar 100%):

NOME	CPF	PARENTESCO	NASCIMENTO	%
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

OBS.: Na ausência de indicação específica de distribuição de percentuais de benefício, o rateio será feito em partes iguais. Na ausência de Beneficiário Indicado, os valores serão pagos aos herdeiros designados em inventário judicial.

Declaro estar ciente e de acordo com as opções acima, por mim escolhidas, bem como garanto que as informações acima prestadas correspondem à verdade.

A Inovar realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"). Neste sentido, declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da Inovar, disponível no site institucional e aplicativo mobile denominado Inovar Previdência.

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura: _____