



Fundação de Previdência Complementar
do Estado do Espírito Santo

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

Dados do Solicitante			
Nome Completo:			
Nacionalidade:		Estado Civil:	
Profissão:		CPF:	
RG:		Telefone:	
Cargo:	Órgão:	Número Funcional:	
E-mail:			
Endereço			
Logradouro:	Bairro:	Número:	
CEP:	Cidade:	UF:	

Solicito à Fundação de Previdência Complementar do Estado do Espírito Santo – PREVES, a alteração da minha classificação de participante ativo para o instituto Optante do Benefício Proporcional Diferido, conforme previsão no Regulamento do Plano.

Declaro que tenho ciência que uma vez manifestada a opção pelo Benefício Proporcional Diferido, não poderei optar pelo Autopatrocínio, mas poderei optar pelo Resgate e pela Portabilidade, observadas as disposições contidas no Regulamento do Plano.

Local e data:

Assinatura do requerente:

No caso de requerimento realizado por procurador, deverá ser apresentado no ato da entrada do requerimento, instrumento de Procuração Particular ou Público, outorgando ao representante do requerente, com poderes específicos para representar ao beneficiário e, no caso de instrumento de Procuração Particular, deverá ser realizado o reconhecimento da firma de seu emissor.