

FORMULÁRIO DE PAGAMENTO ÚNICO - LUMPSUM

Nome: _____ Matrícula: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-mail: _____

Declaro estar ciente que, de acordo com o regulamento do plano de contribuição definida, artigo 8.7.1, posso realizar a opção do LumpSum baseado no meu saldo atual e de acordo com o com percentual informado abaixo, de uma única vez, no limite de 25% do saldo total de conta, desde que não tenha feito esta solicitação no ato da concessão de minha aposentadoria.

O percentual a ser calculado sobre o saldo de conta total é de _____ %.

Afirmo ainda estar ciente de que esta opção só será processada após o recebimento do formulário original encaminhado ao endereço constante no rodapé deste documento, devidamente preenchido e mediante validação da elegibilidade ao saque, pela equipe da Fundação Previdenciária IBM.

Os formulários recebidos até o último dia útil do mês terão seu processamento efetuado no mês subsequente.

Local/Data

Assinatura do(a) Aposentado(a)

O documento original deverá ser encaminhado devidamente preenchido e assinado ao endereço:

Av Doutora Ruth Cardoso, 7.815 - 13 º andar - Pinheiros - São Paulo - SP - CEP: 05425-905
A/C Gerência de Operações - Itaú Soluções Previdenciárias

IBM Confidential