

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR/PLANO		MATRÍCULA Nº		CPF
NOME				
E-MAIL		DATA DE NASCIMENTO		ESTADO CIVIL
ENDEREÇO		NÚMERO	CEP	BAIRRO
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL		TELEFONE CELULAR

De acordo com as regras do regulamento do meu plano de Previdência, opto pelo cancelamento da minha inscrição do Plano de Benefícios, encerrando assim, os descontos relativos às contribuições para o plano em minha folha de pagamento.

Estou ciente que:

- ✓ O resgate das contribuições pagas, somente dar-se-á se houver rescisão contratual, conforme estabelecido no Regulamento Complementar
- ✓ Não terei direito de receber as contribuições da empresa e o direito a qualquer benefício que venha necessitar durante o período enquanto permanecer na empresa, tais como Aposentadoria por Invalidez ou Pensão por Morte, auxílio doença, empréstimos pessoais e o Incentivo fiscal relativo ao abatimento das contribuições na declaração de imposto de renda.

Os dados pessoais fornecidos pelo participante/assistido no presente formulário destinam-se ao cumprimento das finalidades previstas no regulamento do plano de benefícios, em conformidade com o inciso V do art. 7º da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_  
LOCAL DIA MÊS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE