PREVISC
PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR

REQUERIMENTO DE REATIVAÇÃO DO RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR/PLANO _____ **MATRÍCULA Nº** _____ **CPF**

_____
NOME

De acordo com as regras do regulamento do meu plano de Previdência, solicito a reativação do recebimento de Aposentadoria, cancelando a solicitação de suspensão ativa e retornando os pagamentos mensais a partir de
_____ /_____.
MÊS/ANO

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