

É importante que todos os campos sejam preenchidos

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

De acordo com o disposto no regulamento do Plano de Benefícios, venho requerer o Benefício de Auxílio Doença. Número do benefício\*: \_\_\_\_\_

\*O número do benefício estará disponível na Carta da concessão do INSS, Comunicado de decisão e Histórico de crédito.

\* Para solicitar o benefício, é necessário a concessão do auxílio doença pelo INSS e ter no mínimo de 12 meses de contribuição ao Plano, com exceção feita aos casos de doenças graves previstas no rol de inserção do imposto de renda e aos decorrentes de acidente de trabalho.

**Desejo manter as contribuições para os benefícios programados\*:**

(\*). As contribuições serão descontadas sobre o valor do benefício mensal, destinadas a cobertura do Benefício de Aposentadoria Normal.

**DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO**

BANCO	AGÊNCIA	CONTA	<input type="checkbox"/> CORRENTE	<input type="checkbox"/> POUPANÇA
-------	---------	-------	-----------------------------------	-----------------------------------

Os dados bancários deverão ser do titular do plano. Não é permitido utilizar conta salário para recebimento do benefício.

**AUTORIZO A DESCONTAR DO BENEFÍCIO A QUE FAÇO JUS, O VALOR DE DÉBITOS QUE POR VENTURA VENHA A TER COM A PREVISC OU COM O EMPREGADOR**

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

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

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).

**ANEXAR DOCUMENTOS**

Cópia da Carta de concessão fornecida pelo INSS, relativo ao deferimento do Benefício de Auxílio-doença  
Cópia do Comunicado de decisão fornecido pelo INSS, relativo ao deferimento do Benefício de Auxílio-doença;  
Cópia dos Atestados Médicos que originaram o afastamento;  
Cópia do cartão bancário da conta que deseja receber o Benefício.