

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR	MATRÍCULA Nº	CPF
NOME		
E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

Solicito o cancelamento da minha inscrição do Plano de Benefícios, de acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, 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 Auxílio doença, Aposentadoria por Invalidez ou Pensão por Morte, Empréstimos pessoais e o Incentivo fiscal relativo ao abatimento das contribuições na declaração de imposto de renda.

_____, 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).