

REQUERIMENTO DE REINCLUSÃO PLANO SENACPREV

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR

MATRÍCULA Nº

CPF

NOME

E-MAIL

TELEFONE RESIDENCIAL

TELEFONE CELULAR

Solicito a reinclusão da minha inscrição do Plano de Benefícios, de acordo com as regras estabelecidas no Regulamento do meu Plano de Previdência, retornando assim, os descontos relativos às contribuições para o plano em minha folha de pagamento.

Estou ciente que:

✓ Os valores de contribuição do Patrocinador anterior ao meu cancelamento não serão transferidos e nem incorporados ao meu saldo de contas.

LOCAL

DIA

, de

MÊS

de 20

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).