

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, solicito o Benefício de Auxílio Doença*, conforme abaixo:

Número do benefício*: _____.

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

Desejo manter as contribuições para os benefícios programados*: _____.

*Planos FIEA e FIEPA deixar em branco pois durante o recebimento de Auxílio-Doença o Participante deverá manter o pagamento da sua contribuição ordinária, de valor igual ao do mês precedente ao mês do afastamento por doença.

(*) 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"/>	<input type="checkbox"/>
			CORRENTE	POUPANÇA

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

*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.

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

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;