

## REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO- BPD PLANO PREVITÊ FAMÍLIA

É importante que todos os campos sejam preenchidos

NOME		CPF	MATRÍCULA N°
E-MAIL	DATA DE NASCIMENTO		CEP
ENDEREÇO	NÚMERO	BAIRRO	
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

De acordo com o disposto no regulamento, manifesto minha opção pela manutenção da inscrição em relação ao meu Plano de Previdência, na forma de Benefício Proporcional Diferido – BPD, cessando assim, as contribuições ao plano, e o saldo total de contribuição será rentabilizado até o momento do benefício.

Estou ciente que:

✓ Nesta opção serão possíveis aportes esporádicos ao plano.

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

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE OU REPRESENTANTE LEGAL

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 dos documentos pessoais – RG e CPF, CNH ou Certidão de nascimento;

Cópia dos documentos pessoais dos representantes legais para participantes menores de 18 anos;