

FORMULÁRIO DE AUTOPATROCÍNIO

01 DE 02

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo		CPF (somente números)	
.....			
Estado Civil	Celular	E-mail	
.....			
Endereço (Av./Rua)	Número	Bairro	
.....			
Cidade	Estado	CEP	Data de Desligamento
.....			

AUTOPATROCÍNIO

- a) Fui informado e concordo com o valor do meu autopatrocínio e quanto às minhas obrigações em recolher mensalmente as contribuições da Patrocinadora e do custeio administrativo vigentes nessa data;
- b) Tenho conhecimento de que meu Salário de Participação será reajustado anualmente, sempre no mês de novembro, pela variação do INPC dos 12 meses imediatamente anteriores;
- c) Tenho ciência e concordo que a apuração do custeio administrativo poderá ser alterada posteriormente a fim de refletir adequadamente o custeio individual do meu plano de previdência mantido na Previbayer;
- d) Estou ciente de que, com a inadimplência de 3 (três) meses consecutivos ou 5 (cinco) meses alternados, do recolhimento das Contribuições nas datas devidas, perderei, após previamente avisado, a qualidade de Participante do Plano de Benefícios aplicando-lhe o mesmo tratamento em caso de desistência voluntária.

☐ Pagamento por boleto bancário☐ Pagamento por Débito em Conta*

(*) Opção disponível para o Banco Itaú. Autorizo que sejam debitados na conta corrente do Banco Itaú S.A. todos os valores relativos ao acordo de manutenção de autopatrocínio junto à: Previbayer Sociedade de Previdência Privada – Plano BD.

DADOS BANCÁRIOS

BANCO ITAÚ	Nº 341	Agência	Conta Corrente	Dígito*
.....				

(*) Favor colocar o dígito da conta corrente separadamente, para que não haja problemas no depósito

FORMULÁRIO DE AUTOPATROCÍNIO

02 DE 02

BENEFICIÁRIOS LEGAIS

Nome	CPF	Parentesco	Data de Nascimento
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE