

REQUERIMENTO DE PAGAMENTO ÚNICO

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

CPF

RG

Celular

E-mail

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Estado Civil

RESIDENTE NO EXTERIOR?*

NÃO

☐

SIM

☐

SE SIM, QUAL O NIF? **

* Esse campo é de preenchimento obrigatório

** Número de identificação Fiscal

DADOS BANCÁRIOS

Não efetuamos pagamento em conta corrente aberta pelo INSS e conta poupança

Nome do Banco

Agência

Conta Corrente

Dígito

Solicito o pagamento do meu benefício por meio de parcela única, conforme previsto em regulamento. Declaro que com o recebimento desse valor dou quitação em relação às obrigações da Previbayer para comigo, meus beneficiários e herdeiros legais.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE