

FORMULÁRIO DE AUTOPATROCÍNIO

01 de 02

Registro

(cód funcional)

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

Data de Nascimento

RG

CPF

Nacionalidade

Estado Civil

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Celular

Telefone

Email

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.

FORMULÁRIO DE AUTOPATROCÍNIO

02 de 02

BENEFICIÁRIOS LEGAIS

Nome	Parentesco	Data Nascimento

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco	Agência	Conta Corrente	Digito*

(*) Favor colocar odígito da conta-corrente separadamente, para que não haja problemas no depósito.

Local	Data

Assinatura do Participante