

REQUERIMENTO DE PAGAMENTO ÚNICO

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

.....

CPF

RG

.....

Celular

E-mail

.....

Endereço

Bairro

.....

Cidade

Estado

CEP

.....

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco

Agência

Conta Corrente

.....

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