

REQUERIMENTO DE AUTOPATROCÍNIO

01 de 02

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

CPF

RG

Celular

E-mail

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

CEP

AUTOPATROCÍNIO

Declaro estar ciente e concordar com as obrigações quanto à responsabilidade de recolher mensalmente as Contribuições de Participante, Patrocinadora e do custeio administrativo.

Tenho conhecimento de que as contribuições fixadas são apuradas conforme o Regulamento do Plano CD Flex, administrado pela Previbayer, e que deverão ser recolhidas à Entidade por meio de boleto bancário ou débito em conta até o último dia útil do mês de competência, sob pena de ser enquadrado nas disposições constantes do item que trata deste instituto e das penalidades, no caso de inadimplência.

Declaro ainda estar ciente de que, com a inadimplência de 3 (três) meses, consecutivos ou não, do recolhimento das contribuições nas datas devidas, perderei, após previamente avisado, a qualidade de participante do Plano de Benefícios.

☐ 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 CD Flex.

REQUERIMENTO DE AUTOPATROCÍNIO

02 de 02

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Nome

CPF

% do Rateio

.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco

Agência

Conta Corrente

.....		 -
-------	-------	---------------

Local

Data

.....	
-------	-------

Assinatura do Participante