

## REQUERIMENTO DE AUTOPATROCÍNIO

NOME \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

ENDEREÇO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_ CIDADE \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DE OPÇÃO

Desligamento da empresa, assumindo cumulativamente, as Contribuições de Participante e as da Patrocinadora, bem como a contribuição destinada ao custeio das despesas administrativas e taxa de cobertura do benefício de risco fixada pela Prevmon.

Licença sem remuneração, assumindo cumulativamente, as Contribuições de Participante e da Patrocinadora, bem como a taxa de administração fixada pela Prevmon.

Afastamento por motivo de Auxílio-Doença ou Acidente após o término do período de complementação salarial.

Data da demissão, licença ou afastamento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## IDENTIFICAÇÃO DE PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO

Contribuição Básica (de 0% a 6%) para \_\_\_\_\_%

Contribuição Adicional (percentual inteiro – opcional) para \_\_\_\_\_%

## ORIENTAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Importante: Antes de preencher o formulário consulte as orientações de preenchimento abaixo:

Preencha o nome e todas as demais informações em letra de forma e sem abreviaturas, o formulário não pode conter rasuras, estar sem data ou assinatura.

Nestes casos, a solicitação será indeferida e processada apenas com o recebimento de um novo formulário. Caso tenha dúvidas em relação às informações contidas neste termo, entre em contato com a Central de Atendimento.

## Termo de Responsabilidade:

Declaro ter ciência dos critérios estabelecidos no Regulamento do Plano de Benefícios Prevmon CV que participo, da opção firmada acima e comprometo-me a manter meus dados cadastrais atualizados. No caso de não recebimento do boleto, estou ciente que deverei entrar em contato com a Central de Atendimento da Previbayer para realizar o pagamento até o dia 8 ou dia útil imediatamente anterior.

Local \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Assinatura do participante \_\_\_\_\_