

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. O boleto de contribuição de autopatrocínio fica disponível na área do participante a partir do 14º dia útil de cada mês e poderá gerar até o 10º dia corrido para pagamento diretamente na agência do Banco Itaú.

Local _____

Data _____

Assinatura do participante _____