

## REQUERIMENTO DE RESGATE

## DADOS DO PARTICIPANTE

Nome ..... RG ..... CPF .....

Endereço .....

Bairro ..... Cidade ..... Estado ..... CEP .....

Telefone Pessoal ..... E-mail Pessoal .....

Nos termos expressos no Regulamento do Plano Previleve, venho, pelo presente, optar pelo Resgate Total do valor correspondente ao saldo de conta de contribuição do participante (incluindo contribuições básicas e eventuais) e saldo de conta de contribuições de terceiros.

RESIDENTE NO EXTERIOR?  Sim  Não SE SIM, QUAL O NIF? \*\* .....

\* Esse campo é de preenchimento obrigatório

\*\*Número de identificação Fiscal

 Em pagamento único  Em ..... parcelas (máximo de 12 parcelas)

**Importante:** Caso a opção de resgate não seja definida pelo Participante, o pagamento será realizado em parcela única.

NOME DO BANCO ..... Nº DO BANCO ..... AGÊNCIA ..... CONTA ..... - DÍGITO\* .....

Após o pagamento único ou o pagamento da última parcela, extinguem-se todas as obrigações da Entidade para com o participante e seus respectivos beneficiários.

## DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Estou ciente que para recebimento do valor decorrente da opção pelo Resgate total, deverá ser obedecido o prazo de carência de, no mínimo, 36 meses, contado a partir da data de adesão ao Plano.

Em relação às contribuições que compõem a conta de terceiros, o prazo de carência previsto no parágrafo anterior será contado da data do aporte de cada uma das 30 contribuições.

.....  
LOCAL.....  
DATA.....  
ASSINATURA DO PARTICIPANTE