

TERMO DE CANCELAMENTO

1. Órgão Patrocinador/SIGLA:	
2. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)	
3. Identificação Única:	4. CPF:
5. E-mail:	

SELECIONE UMA DAS OPÇÕES DE CANCELAMENTO

() **6. Cancelamento de Inscrição**

Solicito o cancelamento de minha inscrição no PREVPLAN, aprovado por meio da Portaria Previc nº 80, datado de 11 de fevereiro de 2015 e publicado no Diário Oficial da União nº 30, folha nº 50, seção 1, datado de 12/02/2015, conforme previsto no Regulamento, bem como a supressão do desconto das contribuições mensais de minha remuneração.

6.1. Declaração:

Declaro ter conhecimento que ao cancelar minha inscrição não terei direito ao pagamento de benefícios pelo Plano. Contudo, está assegurado minha opção pelo instituto do Resgate de Contribuições ou pela Portabilidade, desde que cessado o meu vínculo funcional, nos termos do Regulamento do Plano.

() **7. Cancelamento da Parcela Adicional de Risco**

Solicito o cancelamento da(s) cobertura(s) referente(s) à Parcela Adicional de Risco, de acordo com a opção abaixo:

- () Invalidez
() Morte
() Ambos

7.1. Declaração:

Declaro ter conhecimento de que minha inscrição permanecerá ativa no Plano PREVPLAN, aprovado por meio da Portaria Previc nº 80, datado de 11 de fevereiro de 2015 e publicado no Diário Oficial da União nº 30, folha nº 50, seção 1, datado de 12/02/2015 e o cancelamento da(s) cobertura(s) referente(s) à Parcela Adicional de Risco, exclui o Benefício Suplementar decorrente de invalidez ou morte, conforme o caso, facultando-me apenas os Benefícios previstos no Regulamento do Plano de Benefícios PREVPLAN.

8. Vigência:

A vigência do cancelamento de inscrição no plano de benefícios será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do requerimento.

Local e Data

Participante

9. Validação de dados pela Patrocinadora: (USO EXCLUSIVO DA PATROCINADORA)

Data do protocolo/ Validação:	Carimbo e Assinatura do Responsável
-------------------------------	-------------------------------------