

## Dados Pessoais

Matrícula	Nome	CPF	
Patrocinadora		Data de admissão	
Endereço		Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP
Telefone	E-mail		

\*Preenchimento obrigatório de todos os campos.

## Declaro que:

- Estou ciente que, com o cancelamento, perderei os direitos previstos no regulamento do plano de benefícios, a exceção dos relativos ao resgate, que poderei solicitar a partir do término do vínculo empregatício com a patrocinadora, conforme critérios regulamentares;
- Estou ciente que, com o cancelamento, perderei qualquer prerrogativa de participante da FUNCEF, inclusive acesso à carteira de Operações com Participantes para novas concessões;
- Tenho conhecimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano, assumindo integral responsabilidade pelas informações prestadas. Autorizo a FUNCEF a tomar as providências necessárias para a efetivação do cancelamento de minha inscrição no NOVO PLANO.

Local e data

Assinatura do participante

## DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido, datado, assinado e enviado à FUNCEF, para o endereço de correspondência que se encontra no rodapé do mesmo, juntamente com a seguinte documentação:

- Cópia da Carteira de identidade e CPF do participante;

Qualquer dúvida adicional entrar em contato através dos nossos canais de comunicação:

- Central de Atendimento: 0800 7069 000 , de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h30
- Fax: (61) 3329 1874
- E-mail: [gerat@funcef.com](mailto:gerat@funcef.com)
- Site: [www.funcef.com.br](http://www.funcef.com.br)