

## DADOS DO PARTICIPANTE

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

\* É obrigatório o preenchimento 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 REB.

## 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:

- Site: [www.funcef.com.br](http://www.funcef.com.br)
- E-mail: [gerat@funcef.com.br](mailto:gerat@funcef.com.br)
- Central de Relacionamento: 0800 706 9000, de segunda a sexta-feira, das 7h às 19h30
- Fax: (61) 3329 1874

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do participante

Pela FUNCEF:

(carimbo e assinatura)