

DADOS PESSOAIS

Nome		Matrícula	
CPF	Patrocinadora		Data de admissão
Logradouro			Número
Complemento	Cidade	Estado	CEP
E-mail		Telefone fixo	Telefone celular

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 REB.

Atenção! Favor encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2º via.

Local e data

Assinatura do participante