

Nº inscrição: _____

PORTABILIDADE

(todos os dados abaixo devem ser preenchidos)

Dados de Identificação

Nome: _____
CPF: _____ RG nº: _____ Órgão emissor: _____
Endereço: _____ Nº _____ Compl: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____
Telefone: (____) _____ E-mail: _____

Eu, acima identificado, venho, na forma prevista no Regulamento do Plano de Benefícios UNISULPREV, Capítulo IV, Seção V, optar pelo Instituto da Portabilidade do saldo de minha CONTA INDIVIDUAL, para outro plano de Benefícios, identificado em formulário próprio.

Estou ciente de que para exercer este direito está prevista a carência de 36 (trinta e seis) meses de vinculação ao Plano, e que a opção pelo Instituto da Portabilidade implica na cessação da minha condição de participante, extinguindo-se os compromissos do Plano para comigo e meus beneficiários.

Local: _____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Reservado a PREVUNISUL:

Recebido em: ____/____/____

Responsável: _____
Carimbo e Assinatura

1ª via PREVUNISUL / 2ª via Participante