

CANCELAMENTO DE COBERTURA DE BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO

Eu,,
CPF, Participante/Assistido da SIAS no Plano de Benefícios
Suplementar ao Regime Jurídico Único – PBSRJU (CNPB 1991.0012-74), venho requerer o
cancelamento da cobertura do(s) benefício(s) previdenciário(s) abaixo assinalado(s), que
compõem a rubrica Contribuição Previdência Fechada - SIAS:

- PECÚLIO POR MORTE ½ PECÚLIO POR MORTE
- SUPLEMENTAÇÃO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ PROPORCIONAL

✓ Estou ciente de que a solicitação de cancelamento recebida até o dia 15 de cada mês
será processada pela SIAS para o 1º dia útil do mês subsequente.

✓ **Estou ciente, ainda, de que se o cancelamento solicitado extinguir completamente o meu vínculo com a SIAS (cancelamento de todas as coberturas) não serei mais Participante, o que implicará o impedimento ou exclusão de minha inscrição e de meus beneficiários nos Programas Assistenciais oferecidos pela SIAS (Médico-Hospitalar, Odontológico, Seguro de Vida e Emergências Médicas), o que não representa quitação aos débitos constituídos até esta data.**

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Tels: Residencial (.....)Comercial: Celular:

E-mail:

A SIAS realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

....., de

.....

Participante/Assistido

Recebido pela SIAS em ____/____/____

Assinatura e Carimbo: