

## 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: .....