

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO NO PREVSIAS

Eu,,
CPF, venho requerer o cancelamento de minha inscrição no Plano de
Previdência da SIAS - PrevSIAS.

Endereço:

Bairro: CEP:

Cidade: Estado:

Telefone: (.....) Celular: (.....).....

E- mail:

- ✓ Estou ciente que a solicitação de cancelamento encaminhada até o dia 15 de cada mês será processada pela SIAS para o 1º dia útil do mês subsequente.
- ✓ Estou ciente que, após a solicitação de cancelamento, não poderei resgatar o saldo de conta atualizado até completar o prazo de 36 meses previsto no regulamento do Plano para resgate.
- ✓ Estou ciente que, enquanto não completado o prazo de 36 meses para resgate do saldo, incidirá mensalmente a taxa administrativa do Plano.
- ✓ **Estou ciente, ainda, que se o cancelamento solicitado extinguir completamente o meu vínculo com a SIAS - ou seja, caso eu não seja participante de outro plano de benefícios previdenciários – a minha inscrição e de meus beneficiários nos Serviços Assistenciais oferecidos pelos parceiros da SIAS (Médico-Hospitalar, Odontológico, Seguros e Emergências Médicas) poderá ser impedida ou excluída.**
- ✓ Estou ciente que a exclusão de minha inscrição e de meus beneficiários nos Programas Assistenciais (médico-hospitalar, odontológico, seguro de vida e emergências médicas) não representa quitação dos débitos existentes até a data da exclusão.
- ✓ **Estou ciente que ao solicitar o cancelamento de minha inscrição, somente será admitida nova inscrição após transcorridos 6 (seis) meses. (Art 17 § 7º)**
- ✓ Autorizo o tratamento de meus dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e da Política de Privacidade e Proteção de Dados disponível no site da SIAS.

....., de

.....

Participante/Assistido