

Inscrição nº: _____

AUTOPATROCÍNIO

(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 Misto de Benefícios Unisul - UNIPREV, Capítulo IV, Seção IV, optar pelo Instituto do Autopatrocínio.

Estou ciente de que o Instituto do Autopatrocínio implica no pagamento da minha contribuição mensal e a da Patrocinadora para o Plano UNIPREV, nas datas e condições vencidas.

Minha opção:

- () COM manutenção da contribuição para cobertura do saldo de conta projetado.
() SEM manutenção da contribuição para cobertura do saldo de conta projetado.

Declaro estar ciente também que o Autopatrocínio não impede posterior opção pelos Institutos do BPD, da Portabilidade ou do Resgate, conforme previsto nos termos do Regulamento do Plano.

Local: _____, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do Participante

Reservado a PREVUNISUL:

Recebido em: ____/____/____

Responsável: _____
Carimbo e Assinatura