

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO NO PREVSIAS

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

✓ 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, assistido ou
beneficiário de outro plano de benefícios previdenciários – a minha inscrição e de
meus beneficiários nos Programas Assistenciais oferecidos pelos parceiros da SIAS
(Médico-Hospitalar, Odontológico, Seguro de Vida 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.

....., , de

Endereço:

Bairro: CEP:..... -.....

Cidade:..... Estado:

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

E- mail:

.....

Participante/Assistido

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).

Recebido pela SIAS em ____/____/____

ASS: _____