

| | | | |
|--|-------------------|------------------------------|--------------------|
| 1. Nome completo do participante (sem abreviações): | | | |
| 2. Identificação única: | | 3. Órgão Patrocinador/SIGLA: | |
| 4. CPF: | | 5. E-mail trabalho: | 6. E-mail pessoal: |
| 7. Telefone(s) para contato: (DDD) – Residencial: | (DDD) – Trabalho: | (DDD) – Celular: | (DDD) – Outros: |

SELECIONE UMA DAS OPÇÕES DE CANCELAMENTO

8. Cancelamento da Parcela Adicional de Risco (PAR)

Solicito o cancelamento da(s) cobertura(s) referente(s) à Parcela Adicional de Risco, de acordo com a opção abaixo:

- () Invalidez
() Morte
() Ambos

9. Vigência:

A vigência do cancelamento da Parcela Adicional de Risco (PAR) será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do protocolo do requerimento na Funpresp-Exe, nos termos do Regulamento do Plano LegisPrev.

Local e data:

Assinatura do participante

10. Protocolo pela FUNPRESP-EXE: (USO EXCLUSIVO DA FUNPRESP-EXE)

Local e Data do Protocolo:

Carimbo e Assinatura do Responsável