

1. Patrocinador:	2. Nº de Matrícula do Servidor:	3. CPF:
4. Nome Completo do Servidor (Sem abreviações):		
5. E-mail:		
<p>6. Declaração:</p> <p><input type="checkbox"/> DECLARO que solicitei a contratação da Parcela Adicional de Risco, que esta encontra-se pendente de aprovação com a Seguradora e que ainda poderá haver negativa ou solicitação de documentos complementares.</p> <p>ou</p> <p><input type="checkbox"/> DECLARO que, nesta data, me foi ofertada a Parcela Adicional de Risco do Plano SCPREV, para os casos de invalidez e morte, e optei por NÃO contratar.</p> <p>Estou ciente de que ainda não estou segurado e, dessa forma, na ocorrência do evento de invalidez ou morte, o benefício de aposentadoria ou pensão por morte do Plano SCPREV será calculado com base no saldo acumulado da Conta Individual de Benefício Não Programado (CBNP), conforme dispõe o Regulamento do Plano.</p>		
_____, _____ de _____ de 20____.		_____
Local e Data		Assinatura do Participante

FORM17V06

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV

Data do protocolo na SCPREV ____/____/____	Carimbo e assinatura da SCPREV	Homologado na SCPREV por: _____ Em: ____/____/____	Deferido na SCPREV por: _____ Em: ____/____/____
-----------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------

MAIS INFORMAÇÕES