

CNPB: 2016.0015-18	1. Patrocinador:	2. Nº de Matrícula:	3. Nº de Inscrição ao Plano:
4. Nome Completo do Servidor / Membro: (Sem abreviações)			5. CPF:
6. E-mail:			
<p><b>7. Declaração:</b></p> <p>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 <b>NÃO</b> contratar.</p> <p>Estou ciente que, 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 na Conta Individual de Benefício Não Programado (CBNP) conforme dispõe o Regulamento do Plano.</p>			
_____ de _____ de 20____.		_____	
Local e Data		Assinatura do Servidor	

DADOS A SEREM PREENCHIDOS PELA SCPREV

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

Este formulário original deverá ser enviado à SCPREV.

FORM17V04

**MAIORES INFORMAÇÕES**