

FORMULÁRIO DE PAGAMENTO POR MOLÉSTIA GRAVE

Nome: _____ Matrícula: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-mail: _____

Declaro estar ciente que, de acordo com o regulamento do plano de contribuição definida, artigo 8.7.2.8, sou isento de imposto de renda por ser portador de moléstia grave e, portanto, posso optar por, duas vezes ao ano solicitar o recebimento de parte ou totalidade de meu saldo de conta total remanescente.

O percentual a ser calculado sobre o saldo de conta total é de _____ %.

Afirmo ainda estar ciente de que esta opção só será processada após o recebimento do formulário original encaminhado ao endereço constante no rodapé deste documento.

Os formulários recebidos até o último dia útil do mês terão seu processamento efetuado no mês subsequente.

Para mais informações sobre nosso Termo de Uso e Política de Privacidade, acesse: https://fundacaoibm.com.br/pdf/TERMOS_DE_USO.pdf

Local/Data

Assinatura do(a) Aposentado(a)

Encaminhar o documento digitalizado via e-mail para **fpibm@sinqia.com.br** e a via original pelos Correios para o endereço abaixo:

Rua Bela Cintra, 755 – 7º andar - São Paulo - SP

A/C Gerência de Operações SP/ Sinqia Previdência

Observação: Por medidas de segurança, o documento enviado digitalizado deve ser protegido por senha.

*Confidencial quando preenchido