

Ao
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
Agência da Previdência Social

Eu, , matrícula

CPF: , solicito a inclusão/transferência do pagamento do meu benefício: ,

de responsabilidade do INSS, para o âmbito do Acordo INSS/Previ vigente:

Para tanto, seguem anexadas cópias simples de:

- Documento de Identidade
- CPF
- Comprovante de residência
- Carta de Concessão do benefício do INSS

Declaro estar ciente de que:

1. o crédito do meu benefício do INSS será antecipado no dia 20 de cada mês por meio da folha de pagamento da Previ;
2. os valores antecipados pela Previ, a crédito ou a débito, são de responsabilidade exclusiva do INSS, assim como o processamento da inclusão do pagamento do benefício no âmbito do Acordo;
3. a inclusão/transferência somente será efetivada caso não exista empréstimo consignado ativo junto ao INSS; e,
4. os dados coletados serão tratados segundo padrões de segurança da informação adequados e em total respeito às leis de privacidade aplicáveis, bem como, de acordo com a Declaração de Privacidade da Previ, disponível no link: <https://www.previ.com.br/portal-previ/declaracao-de-privacidade/>.

Local/Data: _____

Assinatura: _____

Endereço para envio:

acordoinss@previ.com.br

ou, alternativamente,

Previ - Gerência de Administração de Benefícios
Centro Empresarial Mourisco
Praia de Botafogo, 501, 3º andar, Botafogo
22250-040 - Rio de Janeiro - RJ