

*"PEDIDO DE FILIAÇÃO – ASSOCIADO ESPECIAL PREVIDENCIÁRIO PESSOA FÍSICA FAMÍLIA e/ou ASSOCIADO PESSOA FÍSICA VINCULADO*

*À*

*Diretoria Integrada do Sistema ABRAPP*

*Autorizo requerer minha filiação ao quadro associativo da ABRAPP na qualidade de Associado Especial Previdenciário Pessoa Física Família da ABRAPP ou Pessoa Física Vinculado, exclusivamente para fins de inscrição ao Plano de Benefícios Setorial FUTURIZE ELOS oferecido pela FUNDAÇÃO ELETROSUL DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR - ELOS.*

*Declaro estar ciente do inteiro teor do Estatuto Social da ABRAPP e dos direitos e deveres impostos aos seus membros, bem como declaro, para todos os fins e sob as penas da lei, que possuo vínculo familiar com participante/assistido da FUNDAÇÃO ELETROSUL DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR - ELOS ou ser segurado do Regime Geral de Previdência Social – RGPS nesta data, ciente de que a falsa declaração resultará na exclusão do quadro associativo.*

*Autorizo que os dados pessoais aqui informados sejam utilizados para fins de filiação à ABRAPP e que os mesmos serão protegidos atendendo ao disposto na Lei nº 13.709/2018."*