

## TERMO DE OPÇÃO DOS INSTITUTOS

### Identificação do Participante

|   |  |                   |  |
|---|--|-------------------|--|
| Nome  |  | CPF               |  |
| <b>Plano</b><br><input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo I<br><input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo II | <b>Patrocinadora</b><br><input type="checkbox"/> BB/BESC <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> FUSESC<br><input type="checkbox"/> BADESC <input type="checkbox"/> ESTADO SC (CODESC) <input type="checkbox"/> BESCOR |                   |  |
| Data de Nascimento  | Data de Admissão:  | Data de Demissão: |  |
| Endereço  |  | Nº                |  |
| Bairro  |  | Complemento       |  |
| Cidade  |  | UF                |  |
| CEP   | Telefone   | Celular           |  |
| Agência BB  | Conta Corrente   | CNPJ Agência      |  |
| E-mail  |  |                   |  |

Em função do término do vínculo empregatício com a Patrocinadora e tendo em vista o cumprimento de todas as condições e elegibilidades previstas no regulamento do Plano, o Participante acima identificado vem, perante a FUSESC, formalizar sua opção pelo Instituto abaixo assinalado:

### INSTITUTOS

#### ☐ AUTOPATROCÍNIO

**1) Escolha as taxas de contribuição\*:**

- ☐ Taxa de contribuição básica: \_\_\_\_\_ % (entre 2% e 7%) – **Obrigatório**  
☐ Taxa de contribuição adicional: \_\_\_\_\_ % (taxa sem limitação máxima) – **Opcional**

*\*Percentuais aplicados sobre o último Salário Real de Contribuição, atualizado anualmente na mesma época e no mesmo índice do reajuste coletivo de salários concedido pela respectiva Patrocinadora a seus empregados.*

Obs: As taxas de contribuição básica e administrativa serão duplicadas para cobrir as contribuições que seriam realizadas pela Patrocinadora.

**2) Escolha a forma de pagamento:**

- ☐ Boleto Bancário  
☐ Débito Automático na Conta do Banco do Brasil acima relacionada.

#### ☐ BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD)

Opção pelo recolhimento da contribuição de risco para cobertura de Aposentadoria por Invalidez e Pensão por Morte?

- ☐ Sim ☐ Não



 **RESGATE**

☐ Em pagamento único☐ Parcelado em \_\_\_\_\_ meses (Até 12)

## □ PORTABILIDADE

| Entidade Administradora do Plano Receptor |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| Razão Social:                             | CNPJ:                                | <input type="checkbox"/> Entidade Aberta de Previdência Complementar<br><input type="checkbox"/> Entidade Fechada de Previdência Complementar<br><input type="checkbox"/> Sociedade Seguradora |
| Endereço:                                 | Telefone:                            |  |
| Nome do Plano Receptor:                   | CNPB:                                |  |
| CNPJ do Plano Receptor:                   | Data de Adesão/Contratação:          | <b>Regime de Tributação:</b><br><input type="checkbox"/> Progressivo <input type="checkbox"/> Regressivo   |
| Dados Bancários - Banco:                  | Agência:                             | <b>Conta Corrente:</b>   |
| Nome do Responsável pela Entidade:        |                                      |  |
| CPF do Responsável pela Entidade:         | E-mail do Responsável pela Entidade: |  |

Neste ato, o Participante supra identificado vem manifestar formalmente perante a FUSESC a sua opção, de acordo com o extrato que lhe foi disponibilizado, declarando ciência e anuência a todos os critérios e condições dispostos no Regulamento do Plano.

Deverá ser anexada cópia de documento que comprove a rescisão do vínculo empregatício com a patrocinadora.

**AVISO DE TRANSPARÊNCIA:** Os dados pessoais informados neste formulário poderão ser compartilhados com terceiros para a realização dos serviços contratados pela FUSESC para a execução de suas atividades e nas demais situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – **LGPD (Lei nº 13.709/2018)**.

## Data

Local

Assinatura do Participante

