

TERMO DE OPÇÃO DOS INSTITUTOS

Identificação do Participante

Nome		CPF	
Plano <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo I <input type="checkbox"/> Plano de Benefícios Multifuturo II		Patrocinadora <input type="checkbox"/> BB/BESC <input type="checkbox"/> BADESC	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> ESTADO SC (CODESC) <input type="checkbox"/> FUSESC <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 <input type="checkbox"/> Entidade Fechada de Previdência Complementar <input type="checkbox"/> Sociedade Seguradora
Endereço:	Telefone:	
Nome do Plano Receptor:	CNPB:	
CNPJ do Plano Receptor:	Data de Adesão/Contratação:	Regime de Tributação: <input type="checkbox"/> Progressivo <input type="checkbox"/> Regressivo
Dados Bancários - Banco:	Agência:	Conta Corrente:
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 anuênci 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

