

TERMO DE OPÇÃO PARA FINS DOS INSTITUTOS - PLANO MISTO



DADOS DO PARTICIPANTE			
NOME			CPF
SEXO	ESTADO CIVIL	PATROCINADOR	DATA DESLIGAMENTO
ENDEREÇO RESIDENCIAL		BAIRRO	
CIDADE	CEP	UF	TELEFONE DE CONTATO
NÚMERO E NOME DO BANCO	NÚMERO E NOME DA AGÊNCIA	TIPO DE CONTA	NÚMERO DA CONTA
		<input type="checkbox"/> CORRENTE	
		<input type="checkbox"/> POUPANÇA	

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA - PPE		
PPE	CARGO	ESFERA
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
PERÍODO	VALOR DO PATRIMÔNIO	RELAÇÃO EM 2º GRAU COM PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA
		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Declaro que, em razão do meu desligamento do Patrocinador recebi o Extrato para Fins de Opção pelos Institutos do Plano Básico da Fundação BanEB de Seguridade Social - BASES, contemplando todas as alternativas que me são garantidas na forma da legislação aplicável, sendo as informações, apresentadas de forma objetiva, concisa, proporcionando-me a perfeita compreensão do seu conteúdo. Formalmente manifesto à BASES minha opção abaixo assinalada:

- Autopatrocínio
 Benefício Proporcional Diferido (BPD)
 Resgate
 Portabilidade (preencher os dados do Plano de Benefícios Receptor)

NA OPÇÃO DE PORTABILIDADE PREENCHER OS CAMPOS A SEGUIR:		
ENTIDADE		
CNPJ	TELEFONE COM DDD	PLANO DE BENEFÍCIO
ENDEREÇO COMPLETO		
NÚMERO E NOME DO BANCO	NÚMERO E NOME DA AGÊNCIA	NÚMERO DA CONTA CORRENTE

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE – Autopatrocínio e Benefício Proporcional Diferido (BPD)

Tenho conhecimento que ao optar pelo Autopatrocínio ou BPD deverei recolher mensalmente à Fundação BanEB de Seguridade Social - BASES as contribuições mensais pertinentes a cada caso, conforme previsto no Regulamento do Plano e o Plano Anual de Custeio, sujeitando-me, em caso de não cumprimento, às penalidades previstas no Regulamento citado. Os recolhimentos das contribuições serão feitos através de débito em conta corrente feito pela BASES.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE – Portabilidade e Resgate

Tenho conhecimento que ao optar por Portabilidade ou Resgate, minha decisão assume o caráter de irrevogável e irretroatável, extinguindo-se, neste ato, todas e quaisquer obrigações previdenciárias previstas no Plano para comigo e meus dependentes ou beneficiários. O valor será creditado pela BASES na conta identificada para cada caso. Em se tratando de Portabilidade, o processo será formalizado por meio do Termo de Portabilidade.

Declaro, sob as penas das leis civis e criminais, a veracidade das informações aqui prestadas, responsabilizando-me pelas informações falsas.

DATA	ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ENTIDADE			
EMPRÉSTIMO		SEGURIDADE	
POSSUI EMPRÉSTIMO	ASSINATURA	DATA	ASSINATURA
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			