

TERMO DE OPÇÃO

01 de 03

DADOS DO PARTICIPANTE

| | | |
|----------------------|------------------|----------------|
| Nome | RG | CPF |
| Data de Desligamento | Endereço | |
| Bairro | Cidade | Estado |
| CEP | Telefone Pessoal | E-mail Pessoal |

De acordo com a legislação vigente e com o Regulamento do Plano de Aposentadoria CD Flex, **formalizo minha opção por um dos institutos legais obrigatórios, conforme abaixo**, tendo em vista o meu desligamento da patrocinadora do plano de previdência, solicitando à administração do plano que sejam tomadas as providências para a sua efetivação.

AUTOPATROCÍNIO (item 10.3 do Regulamento do Plano)

Optantes pelo autopatrocínio deverão assumir as contribuições básica e normal mensais, a contar do mês de desligamento.

OPÇÃO PELA FORMA DE PAGAMENTO:

Pagamento por boleto bancário

Pagamento por débito em conta
(* Opção disponível para o banco Itaú.

Ao escolher a opção **Pagamento por débito em conta**, estou ciente de que autorizo que sejam debitadas na conta corrente do banco Itaú S.A. todos os valores relativos ao acordo de manutenção de autopatrocínio junto à Previbayer Sociedade de Previdência Privada – Plano CD Flex

EM CASO DE DÉBITO EM CONTA, PREENCHA OS CAMPOS A SEGUIR:

| | | | | |
|-------|-----|---------|-------|---------|
| BANCO | Nº | AGÊNCIA | CONTA | DÍGITO* |
| ITAÚ | 341 | | | - |

(* Favor colocar o nº do dígito do banco, agência e da conta corrente separadamente para que não haja problemas no débito automático.

TERMO DE OPÇÃO

02 de 03

 BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD) (item 10.7 do Regulamento do Plano)**Importante:** Acesse sua área de participante e mantenha seus beneficiários atualizados. **RESGATE** (item 10.16 do Regulamento do Plano)Residente no exterior?* SIM NÃO Se sim, qual o NIF**?

*Esse campo é de preenchimento obrigatório

**Número de Identificação Fiscal.

 Em pagamento único Em _____ parcelas (máximo de 12 parcelas)

| NOME DO BANCO | Nº DO BANCO | AGÊNCIA | CONTA | - DÍGITO* |
|---------------|-------------|---------|-------|-----------|
| | | | | |

Em caso de eventuais recursos recepcionados oriundos de Entidade Fechada de Previdência Complementar, os mesmos serão objeto de nova Portabilidade.

Nome da Entidade Receptora

Nome do plano

Endereço da Entidade Receptora

CNPJ da Entidade Receptora

CNPJ do Fundo Receptor

CNPB, caso a Entidade Receptora seja uma Entidade Fechada de Previdência Complementar

Processo SUSEP, caso a Entidade Receptora seja uma Entidade Aberta de Previdência Complementar

DADOS BANCÁRIOS DA ENTIDADE RECEPTORA:

| NOME DO BANCO | Nº DO BANCO | AGÊNCIA | CONTA | - DÍGITO* |
|---------------|-------------|---------|-------|-----------|
| | | | | |

Regime de tributação no Plano receptor

Data de Adesão no Plano receptor

Matrícula do Plano receptor

*Caso o participante tenha recursos a serem portados, o resgate será efetivado apenas no mês de transferência dos recursos

**Importante: Caso a opção de resgate não seja definida pelo Participante, o pagamento será realizado em parcela única. Para mais detalhes, consulte o Regulamento do Plano CD Flex.

TERMO DE OPÇÃO 03 de 03

 PORTABILIDADE (item 10.11 do Regulamento do Plano)

Caracteriza desligamento do Plano CD e transferência dos meus valores de direito acumulados até esse momento.

Nome da
Entidade Receptora

Nome
do plano

Endereço da
Entidade Receptora

CNPJ da Entidade
Receptora

CNPJ do Fundo
Receptor

CNPB, caso a Entidade Receptora
seja uma Entidade Fechada de Previdência Complementar

Processo SUSEP, caso a Entidade Receptora
seja uma Entidade Aberta de Previdência Complementar

DADOS BANCÁRIOS DA ENTIDADE RECEPTORA:

NOME
DO BANCO

Nº DO
BANCO

AGÊNCIA

CONTA

- DÍGITO*

Regime de tributação
no Plano receptor

Data de Adesão
no Plano receptor

Matrícula
do Plano receptor

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Aposentadoria, a que pertenço.

- Autorizo a administração do Plano a tomar as providências necessárias de acordo com a minha opção acima.
- Assumo a responsabilidade integral pelas informações por mim aqui prestadas.
- Declaro que o depósito do valor correspondente ao Resgate na minha conta-corrente ou a efetivação da Portabilidade para a Entidade Receptora indicada constituirá plena e gera quitação dos direitos a mim conferidos na condição de Participante do Plano de Aposentadoria, declarando, ainda, nada mais ter a declarar, seja a que titulo for, ficando o Plano exonerado de qualquer obrigação em relação à minha pessoa.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE