TERMO DE ALTERAÇÃO DE OPÇÃO

01 de 03

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome	RG	CPF	
Endereço			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Telefone Pessoal	E-mail Pessoal		

Participante vinculado (a) dessa Entidade na condição de:

 Participante Autopatrocinado Participante em BPD

Venho solicitar a alteração da opção feita anteriormente por mim quanto aos institutos obrigatórios, sendo, minha nova opção, a seguinte:

 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.

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO-BPD (item 10.7 do Regulamento do Plano)

Conforme disposições regulamentares vigentes (aplicável somente para Participante Autopatrocinado).

TERMO DE ALTERAÇÃO DE OPÇÃO

02 de 03

 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*
.....					

Após o pagamento único ou o pagamento da última parcela, extinguem-se todas as obrigações da Entidade para com o participante e seus respectivos beneficiários.

Com relação a eventuais recursos recepcionados oriundos de Entidade Aberta de Previdência Complementar ou Seguradora, opto por:

 Resgatar o valor **Portar o valor para outra Entidade de Previdência Complementar**

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

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

NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO*
.....				

Matrícula do Plano receptor

Data de Adesão no 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 ALTERAÇÃO DE OPÇÃO

03 de 03

 PORTABILIDADE (10.11 do Regulamento do Plano)Nome da
Entidade ReceptoraNome
do planoEndereço da
Entidade ReceptoraCNPJ da Entidade
ReceptoraCNPJ do Fundo
Receptor

CNPB ou Processo SUSEP

NOME
DO BANCONº DO
BANCO

AGÊNCIA

CONTA

DÍGITO*

Matrícula
do Plano receptorData de Adesão
no Plano receptor

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

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

- 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 ou a qualquer dos meus Benefícios.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE