

TERMO DE OPÇÃO AOS INSTITUTOS

PATROCINADOR: ASCAR

DADOS DO PARTICIPANTE:

Nome:				Matrícula ASCAR:	
Nascimento	Admissão	Desligamento	Adesão a Fundação	Estado civil	Sexo
Profissão:				Nacionalidade:	
RG nº:		CPF nº:		Tempo de vinculação ao plano:	
E-mail:				Tel.:	
End. Residencial:			Bairro:		
Cidade:			Estado: RS		CEP:

DADOS PARA CRÉDITO BANCÁRIO

Nome do Banco:		nº do Banco:		Nome da Agência:	
nº da Agência:		Dígito:		Dígito(*):	

(*) Favor colocar o nº do dígito do número do banco, agência e da conta-corrente separadamente para que não haja problemas no depósito.

Marque com um "X" a sua opção

AUTOPATROCÍNIO (Capítulo XI, seção II, artigo 70 do Regulamento do Plano de Benefícios II – Plano Misto)

Declaro estar ciente das minhas obrigações quanto à responsabilidade de recolher mensalmente as contribuições de participante e de patrocinador, inclusive a contribuição mensal destinada ao custeio das despesas administrativas e dos benefícios de risco fixada pela Fundação.

Tenho conhecimento de que as contribuições fixadas são apuradas conforme Capítulo VI do Regulamento do Plano de Benefícios II - Plano Misto e que deverão ser recolhidas à Fundação ou por meio de boleto bancário em estabelecimento por esta indicado até o último dia útil do mês subsequente ao de competência, sob pena de ser enquadrado na disposição constante nos artigos 17 e 23 do mencionado Regulamento, que trata das penalidades no caso de inadimplência.

Declaro ainda estar ciente de que com a inadimplência, por 3 (três) meses, do recolhimento das contribuições nas datas devidas, perderei, após previamente avisado, a qualidade de participante do Plano de Benefícios II - Plano Misto.

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (Capítulo XI, seção III, artigo 72 do Regulamento do Plano de Benefícios II – Plano Misto)

Declaro estar ciente que a contribuição para cobertura da despesa administrativa decorrente do período em diferimento será descontada do saldo de conta total, antes da conversão em benefício.

Declaro ter conhecimento de que não poderei optar por contribuir para a cobertura dos benefícios de risco previstos no Regulamento do Plano de Benefícios II – Plano Misto.

Tenho conhecimento de que, de acordo com o artigo 73 do Regulamento do Plano de Benefícios II - Plano Misto, somente terei direito a receber o Benefício Proporcional quando tiver atendido as condições previstas no referido Regulamento e desde que não tenha optado pelo instituto da Portabilidade nem do Resgate de Contribuições.

Declaro ainda estar ciente que a opção pelo Benefício Proporcional Diferido não impede a posterior opção pelo instituto da Portabilidade ou do Resgate.

PORTABILIDADE (Capítulo XI, seção IV, artigo 74 do Regulamento do Plano de Benefícios II – Plano Misto)

Declaro que aderi ao plano de benefícios da entidade de previdência complementar ou companhia seguradora abaixo discriminado e venho, pelo presente, optar pelo instituto da portabilidade, onde será transferido o valor correspondente à soma das Contribuições Normais por mim efetuadas, das Contribuições Normais efetuadas pela Patrocinador e do valor do saldo da Conta Portabilidade ao Plano de Benefícios, conforme previsto no Regulamento do Plano de Benefícios II – Plano Misto.

Nome da entidade

CNPJ:

Número de registro na SUSEP ou número de cadastro no CNPB:

Nome do plano receptor:

Nome do banco:

nº da Agência:

Dígito:

nº da conta:

Dígito:

Declaro ainda estar ciente de que as informações acima são necessárias para que a Fundação possa providenciar o termo de portabilidade.

RESGATE (Capítulo XI, seção I, artigo 67 do Regulamento do Plano de Benefícios II – Plano Misto)

Nos termos expressos do Capítulo XI, Seção I, artigo 69 do Regulamento do Plano de Benefícios II - Plano Misto, venho, pelo presente, optar pelo Resgate do valor correspondente a soma das minhas Contribuições Normais, e do Patrocinador, deduzidos os valores da conta portabilidade, conforme previsto no Regulamento do Plano de Benefícios II - Plano Misto, em () parcela(s) (máximo de 12).

Com relação aos recursos inclusos na conta portabilidade constituídos em plano de previdência complementar aberta ou companhia seguradora declaro que opto pelo abaixo assinalado:

Resgatar, observado o número de parcelas acima mencionado.

Não desejo resgatar esses valores.

Declaro que com o recebimento do valor acima mencionado, conforme minha opção, dou quitação em relação às obrigações da Fundação para comigo, meus beneficiários e herdeiros legais, exceto no que se refere ao pagamento das demais parcelas do resgate das contribuições, na hipótese de não ter ocorrido a opção pelo recebimento em parcela única, que serão quitadas a medida em que o pagamento for sendo efetuado, e aos valores constantes da conta portabilidade, que serão objeto de nova portabilidade.

Assinatura do Participante

Porto Alegre, .

Nome, assinatura e data de recebimento na Fundação.