

Participante Vinculado (BPD – Benefício Proporcional Diferido)

TERMO DE OPÇÃO

1. CNPB 20.040.028-83		2. Empresa Patrocinadora: SEBRAE –	
3. Nome Completo do Participante: (Sem abreviações)			
4. Data de Nascimento:	5. CPF:	6. E-mail:	
7. Endereço completo (logradouro, complemento):			
8. Bairro	9. Cidade:	10. CEP:	11. UF:
12. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Comercial	(DDD) – Celular
		(DDD) – Outros	

13. Opção:

Em relação ao plano SEBRAEPREV solicito:

- ☐ - **RESGATE** - O cancelamento de minha inscrição e o Resgate da reserva de poupança, na forma de recebimento abaixo:
- ☐ - Parcela única ☐ - Parcela mensais em número de _____ parcelas (no máximo em 60 parcelas)
- ☐ - Não possuo conta corrente. Ciente que o valor será disponibilizado por ordem de pagamento para ser retirado em qualquer agência do Banco do Brasil, mediante apresentação do CPF.
- ☐ - Crédito em conta corrente, abaixo informada, da qual sou titular.

Banco: (Nº e Nome)	Agência nº:	Nº Conta	Tipo de Conta <input type="checkbox"/> - Poupança <input type="checkbox"/> - Conta Corrente
--------------------	-------------	----------	--

- ☐ - **PORTABILIDADE** - O cancelamento de minha inscrição e a Portabilidade do saldo referente ao meu direito acumulado para o seguinte plano de previdência complementar. Obs: As informações abaixo subsidiarão o SEBRAE Previdência para o preenchimento do Termo de Portabilidade que será encaminhado para o endereço informado nos campos 7 a 11. Caso o campo 6 (e-mail) esteja preenchido, o termo de portabilidade será encaminhado via e-mail.

Entidade Administradora:		CNPJ/MF:	
Endereço:			
Cidade:		UF:	CEP:
Nome do Plano:		CNPJ do fundo:	
Tipo do plano: <input type="checkbox"/> - PGBL <input type="checkbox"/> - PRGP <input type="checkbox"/> - PAGP <input type="checkbox"/> - FGB <input type="checkbox"/> - Plano Fechado – EFPC			
Regime de tributação: <input type="checkbox"/> Progressiva <input type="checkbox"/> Regressiva		Data de adesão ao plano:	
Matrícula no plano:			
Nº do processo na SUSEP (Aberta) ou SPC (Fechada):	Banco da entidade (nome e nº):	Agência nº:	Nº Conta:

Observação: Reconhecer firma deste formulário e anexar cópia da identidade.

14. Local e Data: _____, ____/____/____



Participante

15. Validação de dados pelo SEBRAE PREVIDÊNCIA.

Carimbo e Assinatura: _____