

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome			Matrícula
Data de nascimento	CPF	RG	Órgão Expedidor
Data de Inscrição no plano	Sexo	Estado civil	Patrocinador
Logradouro			Número
Complemento	Cidade	Estado	CEP
E-mail		Telefone fixo	Telefone celular
Plano () Novo Plano () REB () REG/REPLAN			

POR OCASIÃO DA CESSAÇÃO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU FUNCIONAL COM O PATROCINADOR, O PARTICIPANTE ACIMA IDENTIFICADO DECLARA PLENO CONHECIMENTO DO REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIO E OPTA PELO INSTITUTO ABAIXO ASSINALADO:

() **Benefício Proporcional Diferido (BPD)** – Manutenção do vínculo associativo ao plano de benefícios administrado pela FUNCEF até que atingidos os requisitos para obtenção de benefício de prestação continuada. As condições para opção deste instituto são: rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador, carência de três anos de vinculação ao plano e não ser elegível a benefício de prestação continuada. Essa opção interrompe o recolhimento de contribuições ao plano, exceto contribuições voluntárias ou eventuais. Neste instituto o participante efetuará o pagamento da despesa administrativa.

A opção pelo instituto do BPD não impede posterior manifestação pelo Resgate ou Portabilidade.

() **Portabilidade** – Transferência do direito acumulado pelo participante de acordo com o plano de benefícios ao qual esteja vinculado na FUNCEF para outro plano de benefício de caráter previdenciário operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar plano de benefício de previdência. As condições exigidas para este instituto são: rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador, carência de três anos de vinculação ao plano e não estar em gozo de benefício de aposentadoria. A opção pela Portabilidade encerra o vínculo associativo com a FUNCEF, implicando a extinção de todos os direitos previstos no plano.

() **Resgate das Contribuições** – Recebimento do valor previsto no regulamento. As condições exigidas para este instituto são: rescisão do contrato de trabalho com o patrocinador e não estar em gozo de benefício de prestação continuada. Sobre os valores resgatados incidirá imposto de renda e será compensado o saldo devedor de empréstimo(s) adquirido(s) na FUNCEF, caso exista(m). Caso o valor de Resgate seja insuficiente para a quitação do(s) débito(s) de empréstimo(s) será realizada a amortização e o saldo remanescente será cobrado conforme previsto no contrato de empréstimo. Para os participantes do REB e do NOVO PLANO, que não optaram pelo regime regressivo, será descontada a alíquota de 15% a título de imposto de renda e o ajuste será realizado na declaração anual. A efetivação do Resgate cancela o vínculo associativo no plano.

() **Autopatrocínio** – Manutenção pelo participante do vínculo ao plano de benefícios, responsabilizando-se por suas contribuições e as do patrocinador.

1) Para a situação em que ocorrer o Benefício Proporcional Diferido – BPD

O pagamento das despesas administrativas ocorrerá de acordo com o estabelecido no regulamento do plano de benefícios.

2) Para a situação em que ocorrer o Resgate

() Em parcela única

() Em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas)

Obs.: A escolha pelo parcelamento não implica em isenção do IRRF, que será descontado na fonte sobre todas as parcelas e o ajuste feito na declaração anual.

Autorizo que o valor apurado a título de resgate seja depositado na conta de minha titularidade nº. _____, agência _____, operação _____ do banco _____.

Obs.: Caso a conta informada não seja da CAIXA, solicitamos anexar cópia do comprovante de titularidade em nome do participante/ ex-participante.

3) Para a situação em que ocorrer o Autopatrocínio

() Autorizo que as contribuições como autopatrocinado (parte participante mais a parte patrocinador), sejam debitadas todo dia 20 ou primeiro dia útil subsequente, na conta de n.º _____, mantida junto à CAIXA, agência _____, operação _____, após o consentimento dos valores decorrentes dessa opção. Opto pelo percentual de _____% (_____) de contribuição.

OBS: As informações dos valores referentes ao Autopatrocínio serão enviadas para o e-mail informado neste formulário.

4) Para a situação em que ocorrer a Portabilidade

Dados do Plano de Origem:

Nome do plano: _____

CNPB: _____

Regime de tributação: _____

Valor a ser portado: R\$ _____

Valor por extenso: (_____).

Dados da Entidade e do Plano Receptor:

Entidade receptora: _____ CNPJ: _____ Tipo: () Aberta () Fechada

Endereço/Logradouro: _____ Nº: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____ Telefone: () _____ Regime de tributação: _____

Nome do plano: _____ Modalidade: _____

CNPB ou SUSEP: _____ Data de adesão ao plano: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

A entidade cessionária, por meio de seu representante legal identificado abaixo, declara concordância em recepcionar os recursos dessa portabilidade.

Nome do Representante Legal da Entidade

Assinatura do Representante Legal da Entidade

(Necessário reconhecimento de firma)

Data

Informamos que o Termo de Portabilidade será emitido somente mediante ao preenchimento de todas as informações do item 4.

Atenção! Favor encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2ª. Via.

Assinatura do participante

Local e data