

Termo de Opção dos Institutos

#00 - Público

DADOS DO(A) PARTICIPANTE

Nome:			Matrícula:
Data de nascimento: ____/____/____	CPF:	RG:	Órgão expedidor:
Data de inscrição no Plano: ____/____/____	Sexo:	Estado civil:	Patrocinadora: ☐ CAIXA ☐ FUNCEF
Endereço/logradouro:			Número:
Complemento:	Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:		Telefone fixo: ()	Telefone celular: ()
Plano: ☐ Novo Plano ☐ REB ☐ REG/Replan			

DADOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA AUTOPATROCÍNIO E BPD

Ocupação profissional:	Entidade:	Data de admissão: ____/____/____
Nome do(a) cônjuge:		Remuneração (R\$):

POR OCASIÃO DA CESSAÇÃO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO OU FUNCIONAL COM A PATROCINADORA, O(A) PARTICIPANTE ACIMA IDENTIFICADO(A) 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 renda continuada. As condições para opção deste instituto são: rescisão do contrato de trabalho com a patrocinadora, carência de três anos de vinculação ao plano e não ser elegível a benefício programado pleno. Essa opção interrompe o recolhimento de contribuições ao plano, exceto contribuições voluntárias ou eventuais. Neste instituto o(a) participante efetuará o pagamento da despesa administrativa, conforme previsto no plano de custeio. A opção pelo instituto do BPD não impede posterior manifestação por Resgate ou Portabilidade.

O(A) participante vinculado(a) ao **Novo Plano** poderá optar pelo pagamento de contribuição necessária para recebimento do valor da aposentadoria por invalidez, calculada com base no salário real de benefício, conforme Artigo 48 do Regulamento do Novo Plano.

☐ **Portabilidade** – Transferência do direito acumulado pelo(a) participante de acordo com o plano de benefícios ao qual esteja vinculado(a) 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 a patrocinadora, carência de três anos de vinculação ao plano e não estar em gozo de benefício de renda continuada. A opção pela Portabilidade encerra o vínculo com o respectivo plano de benefícios, implicando a extinção de todos os direitos previstos no plano, em caráter irrevogável e irretratável. Na apuração do valor a ser portado serão considerados eventuais débitos que o(a) participante detenha junto ao plano de benefícios, inclusive valores ainda não vencidos relativos a operações com participantes (empréstimos e financiamento habitacional), com incidência Imposto de Renda até o limite da dívida.

☐ **Resgate das Contribuições** – Recebimento do valor previsto no regulamento. As condições exigidas para este instituto são: rescisão do contrato de trabalho com a patrocinadora e não estar em gozo de benefício de renda continuada. Sobre os valores resgatados, incidirá Imposto de Renda e serão compensados eventuais débitos do(a) participante junto ao plano de benefícios, inclusive o saldo devedor de operações com participantes (empréstimos e financiamento habitacional) realizadas junto à FUNCEF. Caso o valor de Resgate seja insuficiente, será realizada amortização da dívida previdenciária e o saldo remanescente repactuado. Quanto às operações com participantes, o valor residual será cobrado conforme previsto nos contratos de empréstimo e de financiamento habitacional. Para os(as) participantes do REB ou do Novo Plano que optaram pelo regime progressivo, será descontada a alíquota de 15% a título de imposto de renda e o ajuste, se necessário, deverá ser realizado na declaração anual. A efetivação do Resgate cessa o vínculo associativo ao plano, em caráter irrevogável e irretratável.

O pagamento ocorrerá em até 90 (noventa) dias a contar da data de recebimento deste formulário na FUNCEF.

☐ **Autopatrocínio** – Manutenção do vínculo ao plano de benefícios pelo(a) participante, responsabilizando-se pelas suas contribuições e as da patrocinadora.

Observações:

- As informações dos valores referentes ao Autopatrocínio serão enviadas para o e-mail informado neste formulário;
- Encaminhar apenas uma via deste Termo. A FUNCEF não protocola a 2ª via;
- Para efetivação do Autopatrocínio, é obrigatório o envio da Declaração de Ocupação Pública Relevante.

1) Para a situação em que ocorrer o BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO – BPD:

Opção exclusiva para participante do NOVO PLANO:

- ☐ Não tenho interesse em contribuir para o custeio do benefício por invalidez, conforme previsto no regulamento do plano.
- ☐ Manifesto meu interesse em contribuir para o custeio do benefício por invalidez, que corresponde ao percentual de 0,64 sobre o último salário de participação. Autorizo o débito na minha conta bancária de nº _____, mantida junto à CAIXA, agência _____, operação _____, que ocorrerá todo dia 20 ou primeiro dia útil subsequente. O débito em conta está condicionado ao consentimento dos valores decorrentes dessa opção, que serão informados pela FUNCEF no e-mail indicado.

2) Para a situação em que ocorrer o RESGATE:

TERMO DE OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA
EXCLUSIVO PARA NOVO PLANO E REB (opção irrevogável)

- ☐ Opto pelo regime relativo à tabela **REGRESSIVA** para fins de tributação do Imposto de Renda, previsto na Lei 11.053/04.
- ☐ Opto pelo regime relativo à tabela **PROGRESSIVA**, compensável na declaração anual da pessoa física.

OPÇÃO PELA FORMA DE PAGAMENTO DO RESGATE

- ☐ Em parcela única (pagamento à vista) ☐ Em _____ parcelas mensais e consecutivas (máximo 12 parcelas)

Observação: A escolha pelo parcelamento não implica em isenção do IRRF, que será descontado na fonte sobre todas as parcelas e o ajuste, se necessário, deverá ser feito na respectiva declaração anual. No caso de eventuais débitos a serem liquidados com o plano de benefícios, inclusive relativos a operações com participantes, o(a) requerente passará a receber o valor das parcelas remanescentes somente após a quitação destes débitos. Ressalta-se que a evolução do saldo devedor ocorrerá até a efetiva quitação do débito, de acordo com os juros e os demais encargos estabelecidos em contrato ou regulamento vinculados à origem do saldo devedor.

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

Observação: Caso a conta informada não seja da CAIXA, é necessário anexar neste Termo uma cópia do comprovante de titularidade da conta em nome do(a) participante/ex-participante.

3) Para a situação em que ocorrer o AUTOPATROCÍNIO:

Para que os débitos das contribuições FUNCEF sejam realizados, devo confirmar o cadastro através de um dos Canais de Atendimento disponibilizados pela minha agência bancária (*Internet Banking*, ATM ou Agência).

Autorizo que as contribuições como autopatrocinado (parte participante e parte patrocinadora), sejam debitadas todo dia 20 ou primeiro dia útil subsequente, na minha conta bancária de nº _____, mantida junto à CAIXA, agência _____, operação _____, após o consentimento dos valores decorrentes dessa opção.

Opto pela alíquota de _____ % (_____) de contribuição.

4) Para a situação em que ocorrer a PORTABILIDADE:

DADOS DO PLANO DE ORIGEM NA FUNCEF

Nome do plano: ☐ Novo Plano ☐ REB ☐ REG/Replan	Data de inscrição/adesão: ____/____/____
CNPB:	

DADOS DA ENTIDADE RECEPTORA (DESTINO)

Nome da entidade receptora:			
CNPJ da entidade receptora:		Tipo de entidade: ☐ Aberta ☐ Fechada	
Endereço/logradouro:			Número:
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
Telefone (setor responsável por Portabilidade): ()		E-mail (setor responsável por Portabilidade):	

Termo de Opção dos Institutos

#00 - Público

DADOS DO PLANO RECEPTOR (DESTINO)

Nome do plano:	
Modalidade de contribuição:	Data de adesão ao plano: ____/____/____
CNPJ do plano:	CNPB ou SUSEP:

DADOS BANCÁRIOS DO PLANO RECEPTOR

(se não houver conta bancária vinculada ao plano, utilizar os dados bancários da entidade receptora)

Banco (nº e nome):	Agência:	Operação:
Nº da conta:	CNPJ (vinculado à conta bancária):	

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

A Entidade Receptora, por meio de seu(ua) representante legal identificado(a) abaixo, declara concordância em recepcionar os recursos dessa Portabilidade.

Nome completo do(a) representante legal da entidade

Assinatura do(a) representante legal da entidade
(Necessário reconhecimento de firma)

Data

Assinatura do(a) participante

Local e data