

TERMO DE RENÚNCIA AO INSTITUTO DO BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

(em virtude de novo vínculo empregatício ou mandatário do Participante Vinculado com outro ou com o mesmo Patrocinador)

Eu,, portador do RG nº e do CPF nº, na condição de Participante Vinculado do Plano de Benefícios SEBRAEPREV (matrícula nº) desde/...../....., RENUNCIO, a partir da presente data, à minha opção pelo instituto do Benefício Proporcional Diferido (BPD), em virtude de meu novo vínculo com o Patrocinador – SEBRAE/, iniciado em/...../..... .

DECLARO estar ciente de que a renúncia ao instituto do BPD tem caráter irrevogável e que eventual nova opção por qualquer dos institutos previstos no Regulamento do Plano SEBRAEPREV somente poderá ocorrer quando da cessação do meu vínculo com o novo Patrocinador, observadas as regras e condições previstas no Regulamento do referido Plano.

DECLARO também estar ciente de que, em virtude da minha vontade livremente manifestada neste Termo:

a) a minha vinculação ao Plano SEBRAEPREV decorrerá exclusivamente da matrícula nº, que já vigorava antes de minha nova vinculação a um Patrocinador do referido Plano;

b) as contribuições patronais e de Participante voltarão a ser efetuadas a partir da competência de/....., à exceção das contribuições para custeio de serviço passado; e

c) o meu Tempo de Serviço Contínuo, definido no artigo 18, inciso I, do Regulamento do Plano SEBRAEPREV, computado até a presente data, será considerado ininterrupto e continuará sendo computado nos termos previstos no Regulamento do referido Plano.

Local e Data:/...../.....

Assinatura do Participante

É necessário o reconhecimento de firma deste documento.

Anexar cópia do RG e cópia do novo contrato de trabalho.