

TERMO DE OPÇÃO AUTOPATROCÍNIO

Empresa Patrocinadora:

Nome completo do(a) participante:

Data de nascimento:

 (somente números)

CPF:

 (somente números)

E-mail:

Endereço Completo:

Bairro:

Cidade:

CEP:

UF:

Celular:

Data da perda do vínculo empregatício:

 (somente números)

Opção:

Tendo em vista a perda do vínculo empregatício com o Patrocinador, em relação ao plano Valor Empresarial solicito:

AUTOPATROCINADO - A manutenção de minha inscrição na condição de Participante Autopatrocinado, assumindo as contribuições pessoais e patronais (básica patronal) para o plano, acrescidas da taxa de carregamento quando devida. Sendo assim, opto por: Manter o percentual de contribuição. Alteração do percentual de contribuição pessoal conforme informado abaixo: Contribuição Básica: 1% 2% 3% 4% 5% Contribuição Voluntaria Mensal de 1% a 30%: **Forma de recolhimento:** Autorizo a emissão de boleto bancário em meu nome.

Data: ____/____/____

Assinatura do Participante

Manifestação da Patrocinadora:

Data: ____/____/____

Carimbo e Assinatura Patrocinador

Atenção: O SEBRAE PREVIDÊNCIA receberá, pelo e-mail protocolo@sebraeprev.com.br, os formulários legíveis em PDF digitalizados, com a **assinatura do requerente à mão ou assinatura eletrônica**, sem o reconhecimento de firma em cartório. O SEBRAE PREVIDÊNCIA, no entanto, reserva-se o direito de, a qualquer momento, requerer documentos adicionais e/ou o reconhecimento de firma em cartório para a confirmação da autenticidade da assinatura do participante.

Nos casos de requerimento de resgate, portabilidade e benefício, e opção pelo autopatrocínio, é necessário enviar, também, cópia da identidade, comprovante bancário e rescisão contratual.