

TERMO DE OPÇÃO BPD

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:

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD) - A manutenção de minha inscrição, na condição de Participante

Vinculado, com a suspensão do pagamento das contribuições para recebimento de Benefício Proporcional Diferido, quando forem cumpridas as condições de elegibilidade ao benefício de Aposentadoria Normal.

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, benefício, e opção pelo auto-patrocínio, é necessário enviar, também, cópia da identidade, comprovante bancário e rescisão contratual.