



TERMO DE OPÇÃO
PLANO DE BENEFÍCIOS BÁSICO
CNPB Nº 1990.0014-83



Nome:		Matrícula:	
CPF:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Outros		
E-mail Pessoal:			
Telefone Fixo com DDD:		Telefone Celular com DDD:	

DADOS PARA ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA

Endereço:		Complemento:	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:

O PRAZO PARA FORMALIZAÇÃO DE SUA OPÇÃO É DE 30 DIAS
A CONTAR DA DATA DO RECEBIMENTO DO "EXTRATO DE PARTICIPANTE".

MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO

Com base nas informações contidas no "Extrato de Participante", e nos termos da Lei Complementar nº 109/2001 e do regulamento vigente, indique abaixo sua opção por um dos seguintes Institutos:

<input type="checkbox"/>	(1) BENEFÍCIO DIFERIDO POR DESLIGAMENTO - BDD - Válido apenas para participantes inscritos até 09/02/2006		
<input type="checkbox"/>	(2) BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO - BPD - SEM cobertura de risco (Aposentadoria por Invalidez e Pensão por Morte)		
<input type="checkbox"/>	(3) BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO - BPD - COM cobertura de risco (Aposentadoria por Invalidez e Pensão por Morte) Forma de Pagamento da Contribuição: <input type="checkbox"/> Boleto bancário <input type="checkbox"/> Débito na conta corrente indicada abaixo: Banco: <input type="checkbox"/> Santander <input type="checkbox"/> Banco do Brasil Agência: _____ C/C: _____.		
<input type="checkbox"/>	(4) AUTOPATROCÍNIO - Mantendo suas contribuições e as contribuições que seriam de responsabilidade da Patrocinadora. Forma de Pagamento da Contribuição: <input type="checkbox"/> Boleto bancário <input type="checkbox"/> Débito na conta corrente indicada abaixo: Banco: <input type="checkbox"/> Santander <input type="checkbox"/> Banco do Brasil Agência: _____ C/C: _____.		
<input type="checkbox"/>	(5) PORTABILIDADE	<input type="checkbox"/>	(6) RESGATE

EM CASO DE OPÇÃO PELA PORTABILIDADE (ITEM 5)

Dados necessários para a efetivação da Portabilidade dos recursos financeiros correspondentes ao seu direito acumulado.

Nome da Entidade:		CNPJ da Entidade Receptora:	
Nome do Plano de Benefícios:	Código SUSEP OU CNPB:	Regime Tributário: () Regressivo () Progressivo	

Para os fins previstos neste requerimento, na opção Portabilidade, estou ciente do compartilhamento dos meus dados pessoais pela Sabesprev com a Entidade Receptora, em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

EM CASO DE OPÇÃO PELO RESGATE (ITEM 6)

OPÇÃO DE RECEBIMENTO

<input type="checkbox"/> PARCELA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO EM _____ VEZES (ATÉ 12 VEZES)	
Banco:	Agência:	Conta Corrente:

Documentação Necessária (RESGATE):

- Cópia (frente e verso) da Rescisão Contratual homologada e assinada pelo Participante;
- Cópia do CPF e RG do Participante;
- RG dos Dependentes indicados para Imposto de Renda;
- Comprovante de Conta Corrente - Não será aceito comprovante de Conta Poupança e comprovante de Conta Corrente de recebimento de benefício do INSS;
- Comprovante de Residência.

DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES PARA FINS DE IMPOSTO DE RENDA (em caso de RESGATE) Indique seus dependentes, observando o disposto na legislação do Imposto de Renda. Serão desconsideradas as indicações que estiverem em desacordo com a norma tributária.

Nome	Sexo (M/F)	CPF	Parentesco	Data de Nascimento	Universitário	Invalído	I.R.P.F
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em caso de indicação de dependentes para fins de imposto de renda menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas neste documento e no Regulamento do Plano de Benefícios Básico da SABESPREV.

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Nos termos da Instrução MPS/SPC nº 26/2008 quanto às definições de "Pessoa Politicamente Exposta" declaro que:

() Não sou "pessoa politicamente exposta" () Sou "pessoa politicamente exposta"

Sendo "pessoa politicamente exposta" todo agente público que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definição disponível no endereço eletrônico.

www.sabesprev.com.br/previdencia/pessoapoliticamenteexpostas

A SABESPREV realiza o tratamento dos dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

Observações / Situação no Plano	Data do Cálculo	Empréstimo Pessoal
---------------------------------	-----------------	--------------------

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à fonte pagadora qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

Assinatura do Participante

Local

Data