



**TERMO DE OPÇÃO
PLANO SABESPREV MAIS
CNPB Nº 2010.0021-56**



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"/> União Estável		
E-mail Pessoal:			
Telefone Fixo com DDD:		Telefone Celular com DDD:	

DADOS PARA ENVIO DE CORRESPONDÊNCIA - Serão mantidas as informações, conforme os comprovantes anexados ao processo.

MANIFESTAÇÃO DE OPÇÃO (O PRAZO PARA FORMALIZAÇÃO DE SUA OPÇÃO É DE 60 DIAS, NOS TERMOS DO REGULAMENTO)

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 PROPORCIONAL DIFERIDO - BPD <input type="checkbox"/> Com cobertura para Benefícios de Risco <input type="checkbox"/> Sem cobertura para Benefícios de Risco 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"/> (3) PORTABILIDADE
<input type="checkbox"/> (2) AUTOPATROCÍNIO - Mantendo suas contribuições. 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) RESGATE

EM CASO DE OPÇÃO PELA PORTABILIDADE (ITEM 3)

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

Nome da Entidade Receptora:		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 pela Portabilidade, autorizo o 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 4) - Serão considerados os dados bancários do comprovante enviado.

OPÇÃO DE RECEBIMENTO

<input type="checkbox"/> PARCELA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO EM _____ VEZES (ATÉ 12 VEZES)
--	--

DOCUMENTAÇÃO BÁSICA (CÓPIA):

- Cópia (frente e verso) da Rescisão Contratual homologada e assinada pelo Participante;
- Cópia do CPF e RG do Participante;
- Cópia de Comprovante de Conta Corrente e Residência (em caso de opção pelo Resgate).

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"/>

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.

Em caso de indicação de beneficiários 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 SABESPREV Mais.

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/pessoaspoliticamentexpostas

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).

ÁREA EXCLUSIVA DA SABESPREV

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

FUNDAÇÃO SABESP DE SEGURIDADE SOCIAL - SABESPREV - CNPJ 65.471.914/0001-86
Alameda Santos, 1827 - 14º andar - conjuntos 141 e 142 - Cerqueira César - São Paulo - SP - CEP 01419-909
Telefones: 11 3145.4600 * Central de Atendimento: 08000.551827 - www.sabesprev.com.br