

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome:	CPF:	Matrícula Fundação:
Endereço:	Nº:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Nome da Empresa:	Nome do Plano de Benefício:	CNPB:
Telefone Fixo:	Celular:	
E-mail:		

Em virtude do meu desligamento da empresa PATROCINADORA do meu Plano de Benefícios administrado pela FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL, nos termos do Extrato que me foi entregue contendo as informações específicas da minha situação para com o Plano de Benefícios, manifesto minha decisão por uma das opções constantes deste Termo, na forma abaixo, desde que atendidas as condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios, estando ciente que o prazo para formalização da minha opção é de 30 (trinta) ou 60 (sessenta) dias do recebimento do Extrato de Desligamento de acordo com o plano.

- Benefício Proporcional Diferido** – Instituto que permite ao participante permanecer vinculado na qualidade de Participante Remido do Plano de Benefícios, tendo em vista a cessação do vínculo com a PATROCINADORA e já tendo completado as carências previstas no regulamento. A contribuição mensal será suspensa. Quando cumpridos os requisitos de elegibilidade poderá ser requerido o benefício de Aposentadoria. Será descontado do saldo de conta, o valor para custeio das despesas previstas no regulamento do Plano correspondente. **A opção pelo Benefício Proporcional Diferido não impede posterior opção pela portabilidade ou resgate.**
- Portabilidade** – Instituto que permite ao participante, quando da cessação do vínculo empregatício com a Patrocinadora, portar (transferir) o saldo da conta, devidamente atualizado até a data da efetiva transferência, desde que tenha a inscrição no plano superior a 03 (três) anos, de acordo com o regulamento do plano, para outra Entidade Fechada de Previdência Complementar ou sociedade seguradora. Neste caso, deverá ser preenchido o Termo de Portabilidade específico. **Estou ciente que a opção pela Portabilidade extingue os compromissos do plano de benefícios, administrado pela Fundação Libertas em relação à minha pessoa e de meus beneficiários. Neste caso, deverá ser preenchido o Termo de Portabilidade específico.**
- Autopatrocínio** – Instituto que permite ao participante manter-se vinculado ao Plano de Benefícios, assumindo o pagamento de minha contribuição e a do patrocinador, inclusive após a concessão da suplementação de aposentadoria, para assegurar a percepção dos benefícios previstos no regulamento do Plano de Benefícios. **Neste caso, deverá ser preenchido o Termo de Autopatrocínio específico.**
- Resgate** – Instituto que permite ao participante, quando da cessação do vínculo empregatício com a PATROCINADORA, o resgate do saldo de conta / reserva de poupança, conforme regulamento, e que acarreta o encerramento da participação no Plano de Benefícios.

▶ **TERMO DE OPÇÃO DOS INSTITUTOS**

Na opção pelo Instituto de **Resgate** é necessário que nos envie: Rescisão de contrato de trabalho com a Patrocinadora, Identidade, CPF, comprovante bancário e endereço. **A assinatura deverá ter o reconhecimento de firma em Cartório.**

Nesse caso, autorizo a Fundação Libertas de Seguridade Social a creditar o valor correspondente a esse instituto, conforme dados bancários abaixo:

Banco (Nome e Número)

Agência (Nome e Número)

Conta Corrente:

Pagamento único (comum a todos os planos)

Pagamento em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas para os Planos: COPASA Fechado e Saldado; COHAB CD e Saldado; MGS Saldado e PRODEMGE Fechado e Saldado.

Pagamento em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 60 parcelas para os Planos: COPASA CD; PRODEMGE CD; CODEMGE CD; LIBERTAS CD; MGSPrev e VOCÊprev.

As parcelas são devidamente atualizadas pelo índice de reajuste específico do Plano.

É vedado o resgate de recursos, oriundos de portabilidade, constituídos em planos de benefícios administrados por Entidades Fechadas de Previdência Complementar.

Estou ciente que o pagamento do resgate extingue os compromissos do plano de benefícios, administrado pela Fundação Libertas em relação à minha pessoa e de meus beneficiários, e que serão descontados os débitos existentes nesta Fundação.

OBSERVAÇÃO: Ao participante que não tenha optado por nenhum dos institutos citados anteriormente, no prazo estabelecido, terá presumida a sua opção pelo benefício proporcional diferido.

DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Assumo a responsabilidade integral pelas informações prestadas, declarando ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios.

Autorizo a administração do plano a tomar as providências necessárias conforme minha opção assinalada neste documento.

_____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

PARA USO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL

____/____/____
Data de Recebimento

Responsável pelo recebimento