

▶ **TERMO DE OPÇÃO “BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD)”**

Pelo presente Termo de Opção, eu, o participante abaixo qualificado manifesto minha decisão pela manutenção da inscrição no plano como participante **Remido**. Esta opção objetiva manter a continuidade da condição de participante no Plano Previdencial, administrado por esta Fundação e assegurar a percepção do **Benefício Proporcional Diferido**, conforme ditames da Lei Complementar 109 de 29 de Maio de 2001 e do Regulamento do Plano do Previdencial.

Declaro conhecer todas as normas regulamentares pertinentes, comprometendo-me a apresentar toda a documentação exigida.

Nome:				Matrícula Fundação Libertas:	
Patrocinadora:	Data de Admissão:	Data de Inscrição:	Demissão:		
CPF:	Carteira de Identidade:		Órgão Emissor:		
Filiação:					
Endereço:					
Cidade:		Estado:	CEP:		
E-mail:		Telefone Fixo:	Telefone Celular:		
Data de Início de BPD:					

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Participante

APROVAÇÃO

____/____/_____
Data da aprovação

Fundação Libertas de Seguridade Social