**Termo de Opção por Instituto**

**Plano de Benefícios\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Patrocinador:**  | **Matricula:** |
| **Nome do(a) Participante:**  | **CPF:** |
| **E-mail:** | **Tel. Celular/residencial:** |

**Declaro ter recebido o Extrato relativo aos Institutos, que contempla todas as alternativas aplicáveis a minha situação. Por ocasião da cessão do vínculo empregatício com o patrocinador, declaro pleno conhecimento do regulamento do plano de benefício e opto por um dos institutos abaixo.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1. Autopatrocínio** |  **2. BPD** | **3. Resgate** | **4. Portabilidade** |

**☐ 1. Autopatrocínio**

O participante declara sua opção pelo Instituto do Autopatrocínio. Declara, ainda, estar ciente da obrigação de recolher mensalmente à PREVINORTE o valor das suas contribuições e das que caberiam ao patrocinador, para assegurar a percepção dos benefícios conforme previsto no Regulamento Complementar do Plano de Benefícios. Sujeitando-se, em caso de não cumprimento dessa obrigação, às condições previstas no Regulamento do plano, bem como no Regulamento Básico da Previnorte.

[ ]  **2. BPD - Benefício Proporcional Diferido**

O participante declara sua opção pelo Instituto do Benefício Proporcional Diferido. Declara, ainda, estar ciente que tal opção assegura a continuação do vínculo ao plano, porém ocorrerá na suspensão da sua condição de participante durante todo o período de diferimento do benefício. Bem como de que, do Saldo da Reserva que lhe corresponde, poderá ser descontada pela Previnorte, mensalmente, a contribuição para a cobertura das despesas administrativas durante o período de diferimento e demais obrigações previstas nos regulamentos da Previnorte.

[ ]  **3. Resgate**

O participante declara sua opção pelo Instituto do Resgate de Contribuições. Declara estar ciente dos critérios estabelecidos no regulamento do plano referentes ao cálculo do resgate, sabendo que o mesmo sofrerá desconto de imposto de renda conforme a opção de tributação. Autoriza a Previnorte a descontar quaisquer débitos e empréstimos existentes.

Dando ciência que a opção pelo Resgate de Contribuições assume o caráter de irrevogável e irretratável, extinguindo-se todas e quaisquer obrigações da Previnorte em relação ao participante, seus beneficiários e/ou herdeiros.

* **\*Informar em quantas parcelas deseja receber o resgate. (Limitado a 12 parcelas)**

Desejo receber o Resgate de Contribuições em **\_\_\_\_\_\_** parcelas.

**Dados Bancários para Depósito**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Banco ou Instituição** | **Agência:** | **Nº Conta:** | **Tipo de Conta:**[ ] Corrente[ ] Poupança |

[ ]  **4. Portabilidade**

O participante declara sua opção pelo Instituto da Portabilidade. Declara ter ciência que a opção pelo Portabilidade assume o caráter de irrevogável e irretratável, extinguindo-se, com a transferências dos recursos, todas e quaisquer obrigações previdenciárias da Previnorte. Autoriza a Previnorte a descontar por meio de resgate, quaisquer débitos de empréstimos existentes.

**Desejo portar:**

[ ]  Meu direito Acumulado neste plano de Benefícios

[ ]  Minha reserva relativa a recursos portados anteriormente para este Plano

**A Previnorte, mesmo após efetivado o processo de portabilidade, utiliza e armazena os dados pessoais do participante titular e seus beneficiários enquanto necessário para o cumprimento de obrigações legais ou nas demais hipóteses autorizadas pela Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e/ou eventualmente pela Autoridade Nacional de Proteção de Dados.**

**Dados da Entidade que Administra o Plano Receptor**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome da Entidade:** | **CNPJ:** |
| **Endereço Completo:** | **CEP:** |
| **Pessoa para Contato:** | **Telefone contato:** | **E-mail:** |
| **Nome Plano:** | **Modalidade do Plano:** | **Data de Adesão ao Plano:** |
| **Nº do CNPB ou Inscrição Susep do Plano:** | **Regime de Tributação:** |
| **Dados Bancários da Entidade que Administra o Plano** |
|  **Código Banco:** | **Nome do Banco:** | **Agência:** | **Conta Corrente:** |

**5. Pessoa Politicamente Exposta**

Nos termos do Art. 15 da IN Previc 34/2020, Pessoa Politicamente Exposta (PPE) corresponde à pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. (IN Previc 34/2020)

[ ]  **Não sou pessoa politicamente exposta e não tenho relação com pessoa politicamente exposta.**

[ ]  **Sou pessoa politicamente exposta e/ou tenho relação com pessoa politicamente exposta.**

Se tem relação com pessoa politicamente exposta, qual é o vínculo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**6. Assinatura do Termo de Opção**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ,  |   | de |   | de  |   |

  *Cidade dia*  *mês ano*

**(assinatura do participante)**

Proteção de Dados Pessoais

Os dados pessoais fornecidos neste instrumento são necessários para a finalidade que se propõe e serão tratados em estrita observância ao Aviso de Privacidade da Previnorte e às disposições da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Mediante requerimento disponível em https://www.previnorte.com.br

o titular de dados poderá exercer os seus direitos, a exemplo da confirmação da existência de tratamento, acesso a dados e correção de dados inexatos.

**I M P O R T A N T E!**

1. **Documentação necessária para requerer o instituto:**
2. Cópia da CTPS ou Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho;
3. Cópia da Carteira de Identidade e CPF;
4. Formulário Regime de Tributação, para institutos resgate e portabilidade;
5. **Assinatura do documento:**
6. Assine este documento de forma eletrônica, por meio de certificado digital ou plataforma de assinatura eletrônica e envie para relacionamento@previnorte.com.br.
7. Também é possível imprimir, assinar e digitalizar o documento para envio no e-mail acima.