Termo de Opção dos Institutos – Plano de Benefícios FUCAP

1. Autopatrocínio
2. Benefício Proporcional Diferido (BPD)
3. Resgate
4. Portabilidade

01 – Dados Pessoais
Nome do Participante :
Matrícula Plano FUCAP :
Data Adesão Plano:
CPF:
Empresa Patrocinadora:
Data Admissão:
Data desligamento:
Endereço:
Bairro:
Cidade:
Telefone para Contato:
e-mail:

02 - Opções de Instituto

Devido ao término do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora, e não estando elegível ao benefício de Aposentadoria oferecido pelo plano FUCAP, recebi do Fundo de Pensão CAPEMI, o Extrato de Institutos com as opções do plano FUCAP, contendo todas as informações exigidas pela legislação, que me subsidiou na opção abaixo:

2.1. Instituto: Autopatrocinio
( ) Opto em permanecer no Plano FUCAP, como Participante Autopatrocinado efetuando o recolhimento das contribuições pessoais para custeio dos Benefícios Programáveis e as despesas para administração do Plano, nos termos do regulamento do plano FUCAP:

( ) Não estou em gozo de auxílio-doença, auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social e nem estive em gozo de um destes
benefícios no período de 90 dias anteriores a data deste documento.

( ) Estou em gozo de auxílio-doença, auxílio-acidente ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social ou estive em gozo de um destes benefícios no período de 90 dias anteriores a data deste documento e, portanto, solicito meu cálculo de jóia para efetivar esta opção.

Estou ciente que a efetivação da opção por este instituto não impedirá posterior alteração do requerimento pelos institutos do Benefício Proporcional Diferido (BPD), Portabilidade e Resgate, mediante preenchimento de novo Termo de Opção.

2.2. Instituto: Benefício Proporcional Diferido (BPD)

( ) Na qualidade de Participante com mais de 03 (três) anos ininterruptos de vinculação ao Plano FUCAP, opto pelo Benefício Proporcional Diferido (BPD),
nos termos do regulamento do plano.
Estou ciente que a efetivação da opção por este instituto não impedirá posterior alteração do requerimento pelo Autopatrocínio, Portabilidade e Resgate, mediante preenchimento de novo Termo de Opção.

2.3. Instituto: Resgate

( ) Na qualidade de Participante do plano FUCAP pelo Resgate em conformidade com o disposto no regulamento do plano FUCAP, a ser
pago em __ parcela(s).
Estou ciente que:
O recebimento poderá ser efetuado em até 12 (doze) parcelas mensais, observado o • valor mínimo da parcela.
Ao efetivar esta opção, cessarão todos os compromissos do Plano FUCAP em relação a mim e a meus beneficiários, com exceção do pagamento das parcelas vincendas do Resgate, se for o caso.

2.4. Instituto: Portabilidade

( ) Na qualidade de Participante com mais de 03 anos de vinculação, não estando em gozo de benefício do Plano e nem elegível, opto pela Portabilidade do valor correspondente ao meu direito acumulado, para a Entidade _____, autorizada a operar planos de benefícios de Previdência Complementar.

Estou ciente que:

• A escolha da Entidade Receptora é de minha exclusiva responsabilidade.
A efetivação deste instituto está condicionada à manifestação do Termo de Portabilidade (anexo). Estes dois documentos deverão ser preenchidos e enviados para o FUCAP (Entidade Cedente), devidamente assinados;

A transferência dos recursos para a Entidade Receptora ocorrerá até o quinto dia útil do mês subseqüente à data do protocolo do Termo de Portabilidade, junto à Entidade Cedente;

Rio de Janeiro , de de

_____
Assinatura do Participante

Qualquer dúvida entre em contato com o **Fundo de Pensão CAPEMI**:
Central de Relacionamento: 21 3553.6673
Email: fucap@fucap.org.br
Site: www.fucap.org.br