

TERMO DE OPÇÃO
- Com Perda do Vínculo Empregatício -

| | | | |
|--|---|--|--|
| 1. Nome da Patrocinadora: | | 2. Nome do Plano: PLANO CDRUMOS – CNPB: 2005.0009-65 | |
| 3. Nome Completo do Participante: | | 4. Matrícula / Chapa | |
| 5. CPF: | 6. Data perda do vínculo Empregatício: | 7. Telefone(s) para contato com DDD | |
| 8. Endereço residencial / Bairro: | | 9. Cidade / Estado | |
| 10. CEP | 11. E-mail | | |
| 12. Opção: Tendo em vista a perda do vínculo empregatício com a patrocinadora acima, faço a opção abaixo relacionada com minha inscrição no Plano de Aposentadoria, conforme o contido no Regulamento: <input checked="" type="checkbox"/> Solicito o cancelamento de minha inscrição e o Resgate do saldo da conta de PARTICIPANTE , deixando de ter direito ao saldo da conta de PATROCINADORA , com depósito do valor correspondente na conta corrente informada a seguir, da qual sou titular: Banco (nome e nº): _____ Agência nº: _____ / _____ Conta Corrente: _____ - _____ Importante anexar cópia de comprovante bancário (folha de cheque ou cartão) Forma de Recebimento dos Valores Resgatados: <input type="checkbox"/> Parcela Única <input type="checkbox"/> Parcelas mensais em números de _____ parcelas (no máximo 12 parcelas) | | | |
| Local e data: _____ Participante | | | |