

Termo de Opção dos Institutos

Instruções de Preenchimento

1) Para a opção de resgate, deve ser encaminhada a cópia do comprovante de domicílio bancário (documento bancário que comprove o número da conta corrente).

2) Forma de envio:

O formulário deverá ser escaneado e enviado digitalmente para o e-mail apcdprev@apcdprev.org.br (exclusivo para recebimento de formulário) ou via Correios para APCDPrev: Rua Voluntários da Pátria, nº 547 Mezanino, Santana, São Paulo-SP- CEP: 02011-000.

3) Participante menor de idade

Menor de 16 anos: assinado pelo Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Maior de 16 e menor de 18 anos: assinado pelo Participante junto com o Representante Legal (mãe/pai/tutor).

Documentação necessária: cópias do documento de identificação, CPF do representante legal e a certidão de nascimento e/ou documento legal que comprove a responsabilidade sobre o menor. Em caso de tutela, apresentar o instrumento de tutela.

4) Participante curatelado

Possui discernimento para assinar: assinado pelo Participante e/ou Representante Legal (curador).

Não possui discernimento para assinar: assinado somente pelo Representante Legal (curador).

Documentação necessária:

Curador: cópia do documento de identificação, CPF e decisão judicial de nomeação do curador ou termo de curatela (prazo de emissão não superior a 24 meses).

5) Participante impossibilitado de assinar

Com coleta de impressão digital (a rogo): inserir a digital no formulário junto com a assinatura de um representante devidamente identificado, que assinará a pedido do Participante, e ainda acompanhado da assinatura de uma testemunha.

Sem coleta de impressão digital: assinado pelo Representante Legal (Procurador).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação e CPF de todos os envolvidos (testemunha, representante e representado) que sirva de comprovação das assinaturas. Em caso de Procurador, ver instruções em "Procuradores".

6) Procuradores

No caso de procuração particular, enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses) com firma reconhecida por autenticidade. No caso de procuração pública (emitida pelo cartório), enviar a cópia simples do instrumento de procuração (prazo de emissão não superior a 24 meses).

Documentação necessária: cópia do documento de identificação, CPF e comprovante de residência (conta de água, luz, gás, telefone, IPTU, internet, TV a cabo, correspondências de bancos e de cartão de crédito, desde que não sejam propagandas – com validade de até 180 dias) do cliente e procurador. Na ausência de comprovante de residência em nome do cliente e/ou procurador, enviar o formulário de Declaração de Residência. O formulário deverá ser assinado devidamente pelo procurador.

7) Resgate para cliente residente no exterior

Documentação necessária: cópia da Declaração de Saída Definitiva do País, emitida pela Receita Federal, cópia do comprovante do endereço atual, cópia do documento de identificação, cópia do CPF e o formulário de Resgate. Deve ser informada uma conta no Brasil para crédito do valor de Resgate.

Obs.: para clientes residentes nos EUA, deverá ser enviado o formulário Declaração e Cidadão Americano Residente nos EUA.

Dados do Participante Campo de preenchimento obrigatório.

Nome Completo	CPF (somente números)	Nº Doc. de Identificação	Nº da Proposta
---------------	-----------------------	--------------------------	----------------

Em virtude da cessação do meu vínculo com a APCDPrev, opto pelo seguinte Instituto. Escolha apenas uma opção.

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO			
Essa opção permite permanecer vinculado ao plano de benefícios, na qualidade de Participante Remido, desde que já tenha completado 3 anos de vinculação ao plano de benefícios. Quando cumpridos os requisitos de elegibilidade poderá ser requerido o benefício de aposentadoria. Será descontado, mensalmente, do saldo da conta participante, o valor para custeio das despesas administrativas. Esta opção permite ao Participante, a qualquer tempo, optar pela portabilidade ou pelo resgate, desde que preenchidos os requisitos previstos no regulamento.			
PORTABILIDADE			
Essa opção implica no cancelamento da minha inscrição ao plano de benefícios, proporcionando a portabilidade do saldo da conta participante, devidamente atualizado até a data da efetiva transferência, desde que eu já tenha completado 3 anos de vinculação ao plano de benefícios e não esteja recebendo benefício pelo plano, de acordo com o regulamento do plano, para Entidade de Previdência Complementar ou Sociedade Seguradora, mediante preenchimento de Termo de Portabilidade.			
DADOS DA ENTIDADE RECEPTORA PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE PORTABILIDADE:			
Nome da Entidade		Nº do CNPJ da Entidade	
Nome do Plano	Nº do CNPB / REGISTRO / PROCESSO SUSEP	Nº do CNPJ do FIE	
Endereço			Bairro
Cidade	UF	CEP	Pessoa para Contato
Tel ()	E-mail		
Banco	Agência	Conta	

Termo de Opção dos Institutos

RESGATE

Essa opção implica no cancelamento da minha participação no Plano de Benefícios, autorizando a APCDPrev a creditar o valor desse Instituto na conta corrente informada abaixo. Estou ciente que o pagamento do resgate extingue o direito a qualquer outro benefício do plano. O cálculo será atualizado pela variação da cota, conforme regulamento do plano. O pagamento do resgate está condicionado ao cumprimento de um prazo de carência de 3 anos, contado a partir da data de inscrição no Plano.

Banco	Agência	Conta
-------	---------	-------

Pagamento Único Pagamento em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas), atualizadas pela cota do plano.

Estou ciente de que a escolha por uma das opções acima deverá ocorrer no prazo máximo estabelecido no regulamento do plano de benefícios.

Caso o Participante não opte por um dos Institutos, e desde que preencha os requisitos, será presumida a sua opção pelo benefício proporcional diferido.

Declaro que após a efetivação de minha opção acima assinalada, outorgo à APCDPrev, nos termos dos artigos 319 e 320 do Código Civil, quitação plena geral, irrestrita e irrevogável do valor recebido, para nada mais reclamar, a que título e a que tempo for isentando de qualquer responsabilidade no cumprimento de minha solicitação. A APCDPrev se compromete a tratar os dados informados neste termo em conformidade com toda a legislação aplicável sobre privacidade e proteção de dados, incluindo, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados. É obrigatório o preenchimento dos campos Local e Data.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____



Assinatura do Participante



Assinatura do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Dados do Responsável/Representante Legal (caso necessário)

Nome Completo		CPF (somente números)
Profissão	Renda Mensal ou Patrimônio Estimado ¹	E-mail
Tel ()	Pessoa Politicamente Exposta (PPE) ² <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Grau de Parentesco/Afinidade <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Outro: _____

1- Em caso Participante/beneficiário menor de idade que não possua patrimônio, o campo deverá ser preenchido com os dados do responsável legal/financeiro.

2- Considera-se PPE a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou fora do país. Representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo ao agente também são consideradas PPE.