

REQUERIMENTO DE OPÇÃO PELO AUTOPATROCÍNIO

Identificação do Participante Afastado / Licenciado

Nome		CPF	
Plano ☐ Plano de Benefícios Multifuturo I ☐ Plano de Benefícios Multifuturo II	Patrocinadora ☐ BB/BESC ☐ SIM ☐ FUSESC ☐ BADESC ☐ ESTADO SC (CODESC) ☐ BESCOR		
Data de Nascimento	Data de Início Licença/Afastamento	Data Fim Licença/Afastamento	
Endereço		Nº	
Bairro		Complemento	
Cidade		UF	
CEP	Telefone	Celular	
Agência BB	Conta Corrente	CNPJ Agência	
E-mail			

O Participante Afastado / Licenciado da Patrocinadora, acima identificado, vem, perante a FUSESC, nos termos do Regulamento do Plano, formalizar sua opção pelo Instituto do Autopatrocínio, conforme abaixo:

Motivo

- ☐ Licença sem remuneração (licença interesse)
☐ Afastamento por doença ou acidente (auxílio-doença)

Percentual de Contribuição

- ☐ Taxa de contribuição básica: _____ % (entre 2% e 7%) – **Obrigatório**
☐ Taxa de contribuição adicional: _____ % (taxa sem limitação máxima) – **Opcional**

**Percentuais aplicados sobre o último Salário Real de Contribuição, atualizado anualmente na mesma época e no mesmo índice do reajuste coletivo de salários concedido pela respectiva Patrocinadora a seus empregados.*

Obs: As taxas de contribuição básica e administrativa serão duplicadas para cobrir as contribuições que seriam realizadas pela Patrocinadora.

Forma de Pagamento

- ☐ Boleto Bancário
☐ Débito Automático na Conta do Banco do Brasil acima relacionada.

AVISO DE TRANSPARÊNCIA: Os dados pessoais informados neste formulário poderão ser compartilhados com terceiros para a realização dos serviços contratados pela FUSESC para a execução de suas atividades e nas demais situações previstas na Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – **LGPD (Lei nº 13.709/2018)**.

_____/_____/_____

Data

Local

Assinatura do Participante

