

TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO PARTICIPANTE

1-Matrícula Ceres:	2-Matrícula Funcional:	3-Patrocinadora:
4-Nome do participante:		
5-CPF:		
6-Telefone comercial:	7-Telefone residencial:	8-Telefone celular:
9-Email 1:	10-Email 2:	11-Plano: Básico () Flex ()

OPÇÕES DO EXTRATO DE INSTITUTOS

12-CERES - Fundação de Seguridade Social

Após o recebimento e respectiva análise do Extrato de Informações do Participante, emitido por essa Fundação, por ocasião da rescisão do meu contrato de trabalho com a patrocinadora, venho comunicar minha opção pelo instituto, abaixo indicado:

A- **AUTOPATROCÍNIO** (anexar formulário de requerimento)

Desejo reduzir o percentual de contribuição para: _____%

Desejo manter o meu percentual atual.

B- **BPD - BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO**

COM COBERTURA DE BENEFÍCIO DE RISCO

SEM COBERTURA DE BENEFÍCIO DE RISCO

C- **RESGATE** (anexar formulário de requerimento)

D- **PORTABILIDADE** (anexar formulário de requerimento)

Os Dados Pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela CERES FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7o, incisos II e 8 V, da Lei Geral de Proteção de Dados de no 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para o gecor@ceres.org.br

13-Declaro que meus dados estão atualizados no cadastro da Ceres. Certo das providências da Ceres ante minha opção, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Local Data Assinatura do (a) Participante

CERES – Fundação de Seguridade Social - SHCN-CL 202 Bl. C CEP 70832-535 Brasília-DF Ligação Gratuita: 0800 979 2005 - Telefone: 61 2106.0200 - Whatsapp: 61 20171471 atende@ceres.org.br