

**TERMO DE OPÇÃO DE AUTOPATROCÍNIO
EM VIRTUDE DA PERDA TOTAL OU PARCIAL DA REMUNERAÇÃO**

Dados do Participante

Nome		Matrícula	CPF
Patrocinadora		Data de admissão	Data de desligamento
Endereço residencial (logradouro e bairro)		Estado Civil	Data de nascimento
Cidade		Estado	CEP
1º Telefone para contato	2º Telefone para contato	E-mail	

O Participante acima identificado, tendo em vista a faculdade prevista no item 3.9 do Regulamento do Plano de Benefícios de Contribuição Definida da IBM Brasil, opta pelo autopatrocínio para assegurar a percepção dos Benefícios nos níveis correspondentes à remuneração anterior.

Declara estar ciente que, ao optar pelo instituto do autopatrocínio deverá assumir cumulativamente as Contribuições de Participante e as de Patrocinadora, inclusive as destinadas ao custeio do Benefício por Invalidez e das Despesas Administrativas, e para os casos de afastamento por motivo de doença ou acidente caberá a Patrocinadora o recolhimento da Contribuição Básica. Na hipótese de o participante não efetuar o recolhimento das contribuições por 3 (três) meses consecutivos ele perderá, o direito de se beneficiar das disposições constantes no parágrafo anterior.

Tendo conhecimento que as contribuições fixadas estão sendo apuradas conforme capítulo V do Regulamento do Plano de Benefícios de Contribuição Definida da IBM Brasil e deverão ser recolhidas diretamente a esta sociedade ou através de estabelecimento bancário por este indicado até o último dia útil do mês de competência, sob pena de ser enquadrado nas disposições constantes do regulamento, que trata dos encargos financeiros no caso de inadimplência.

Informar % de contribuição voluntária _____%(_____) sobre Salário Básico.

O participante acima identificado, assume integral responsabilidade pelas informações prestadas, e declara ter conhecimento das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios de Contribuição Definida da Fundação Previdenciária IBM e autoriza a Entidade a tomar as providências necessárias, conforme sua opção.

Conforme item 3.9.1 do Regulamento do Plano de Benefícios de Contribuição Definida da IBM Brasil, a opção pelo instituto do autopatrocínio deverá ser efetuada pelo Participante, por meio de termo de opção a ser apresentado por escrito, no prazo máximo de até 30 dias a contar da data de perda total ou parcial de remuneração.

Local

Data

Assinatura do participante

Encaminhar o documento digitalizado via e-mail para fpibm@sinqia.com.

Observação: Por medidas de segurança, o documento enviado digitalizado deve ser protegido por senha

*Confidencial quando preenchido