



DADOS DO PARTICIPANTE

NOME _____		DATA DE NASCIMENTO _____ / /	
INSCRIÇÃO _____	CPF _____	TELEFONE _____ ()	
ENDEREÇO _____			
CIDADE _____	UF _____	CEP _____	E-MAIL _____
NOME DO TITULAR DA CONTA _____		CPF DO TITULAR DA CONTA _____	
BANCO _____	AGÊNCIA _____	NÚMERO DA CONTA _____	TIPO <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA

Importante:

Conta bancária: Deve ser do(a) titular do plano. Em caso de menores de idade, poderá ser depositada na conta bancária dos responsáveis legais.

Conta poupança: Somente Caixa Econômica Federal (CEF).

OPÇÃO

Tendo em vista o término do vínculo associativo que mantinha junto às instituidoras do **PLANO FAMÍLIA DA FUNDAÇÃO COPEL**, solicito:

1. () A manutenção do meu Plano junto à FUNDAÇÃO COPEL, conforme artigo do Regulamento, como:

Participante Autopatrocinado

Participante Vinculado

2. () O cancelamento de minha inscrição e a **portabilidade** do saldo correspondente a 100% do meu direito acumulado junto ao respectivo plano de aposentadoria complementar acima, bem como expresse minha total anuência quanto às informações constantes deste **Termo**, em conformidade com a legislação vigente e de acordo com o contido no Regulamento.

3. () O cancelamento de minha inscrição e o **resgate** do saldo de minha conta individual conforme informado a seguir, com depósito do valor correspondente na conta corrente acima informada, após o cumprimento da carência estipulada no Regulamento do Plano.

Resgate Integral

Parcelas Mensais (em até ____ parcelas - máximo 12)

Tendo ciência de que o resgate dos valores contribuídos para a renda serão liberados, após o cumprimento de carência de 36 meses, a contar da data de cadastro do plano.

ESCOLHA SEU CRITÉRIO DE TRIBUTAÇÃO

Antecipada - Alíquota Progressiva

Definitiva - Alíquota Regressiva

De acordo com a Lei nº 14.803, DE 10 DE JANEIRO DE 2024, que altera a Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004, a opção pelo regime tributário poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate referente aos valores acumulados em planos de benefícios operados por entidade de previdência complementar ou por sociedade seguradora ou em Fapi e será irrevogável.

- ▶ Após o preenchimento do Termo, enviá-lo para o e-mail: planofamilia@fcopel.org.br
- ▶ Observamos que os valores para resgate podem sofrer alterações de acordo com a variação da cota.
- ▶ Informamos que o prazo para pagamento do resgate é de até o último dia útil do mês subsequente a data de solicitação do resgate.

LOCAL _____	DATA _____ / /	ASSINATURA DO PARTICIPANTE / REPRESENTANTE LEGAL _____
-------------	-------------------	--



FUNDAÇÃO COPEL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL | CNPJ: 75.054.940/0001-62

PLANO INSTITUÍDO FAMÍLIA COPEL | CNPJ: 48.307.654/0001-99 - CNPB: 2017.0014-65

NOME INSTITUIDOR: AFC IEP ACP