

TERMO DE OPÇÃO PELO BENEFÍCIO DE RISCO PLANO III DE APOSENTADORIA

DADOS DO PROPONENTE

Nome completo			
CPF	Data de admissão	Matrícula	Patrocinadora

OPÇÃO DE ADESÃO AO BENEFÍCIO DE RISCO

Autorizo descontar, da Contribuição Normal mensal, os valores de Prêmio de Seguro para custeio dos benefícios de risco a seguir relacionados:

Valor do capital	R\$	Valor do prêmio	R\$
------------------	-----	-----------------	-----

APOSENTADORIA POR INVALIDEZ/PENSÃO POR MORTE

- ☐ Quero optar pelo Benefício da Aposentadoria por Invalidez/Pensão por Morte
- ☐ Não quero optar pelo Benefício da Aposentadoria por Invalidez/Pensão por Morte

- ☐ Solicito minha adesão ao benefício de Pecúlio por Morte a ser pago em forma de parcela única aos meus beneficiários ou beneficiários indicados. (Somente para optantes pela contratação do Seguro para recebimento dos benefícios de risco).
- ☐ Não quero optar pelo Benefício de Pecúlio por Morte

Tenho ciência de que poderei rever minha decisão, optando em aderir ou cancelar a Contribuição de Risco a qualquer momento.

DECLARAÇÃO DO EMPREGADO

Declaro estar ciente de que os termos e condições para a contratação do Capital Segurado serão definidos em Contrato de Seguro firmado entre a Fundação Banestes de Seguridade Social e a Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A., *para tanto, quando aplicável e necessário para o cumprimento da finalidade descrita acima, dados pessoais relacionados ao meu cadastro na Baneses serão compartilhados com a Seguradora.*

Declaro, ainda, que, caso opte pela contratação do Seguro, terei direito a uma indenização limitada ao Capital Segurado, em casos de Invalidez ou Morte, que será destinada à constituição do Benefício de Aposentadoria por Invalidez, Pensão por Morte ou Pecúlio por Morte, sendo o pagamento desta indenização de exclusiva responsabilidade da Seguradora, e que estarei sujeito à homologação pela Seguradora de minha inclusão no Contrato de Seguro, para fins do recebimento do Capital Segurado. Caso haja recusa de minha adesão pela Seguradora, não serei considerado Segurado, não terei direito ao Capital Segurado, e não será devida a minha Contribuição de Risco.

Declaro, também, estar ciente de que as Contribuições de Risco, tanto de responsabilidade do Participante quanto do Patrocinador, deverão ser recolhidas à Fundação, que será responsável por repassá-las à Seguradora, e de que o valor do Capital Segurado e prêmios correspondentes serão estabelecidos na data da contratação do Seguro e poderão ser revistos anualmente, sujeitos aos limites técnicos, conforme definido no Contrato de Seguro.

<hr/> Local, <hr/> Dia / <hr/> Mês / <hr/> Ano	<hr/> Assinatura
--	------------------