

TERMO DE OPÇÃO POR INSTITUTO							
Plano CD Eletrobrás Plano CV ONS	Plano CV EPE Plano CD I						
AVISO: A validade desta proposta está condicionada ao seu preenchimento em letra de forma e à ausência de rasura.							
IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE							
Nome completo							
CPF	Data de emissão  Data de Nascimento						
	onal com o patrocionador, o participante acima identificado declara pleno ta pelo instituto abaixo assinalado. Escolha apenas <b>UMA</b> das seguintes opções:						
1. AUTOPATROCÍNIO 2	2. BPD 3. PORTABILIDADE 4. RESGATE						
participante, patrocinadora e do custeio administrativo desligamento e opção pelo autopatrocínio; que as codevolvidas, a qualquer título, e que não compõem o sopção indicada <b>abaixo</b> de acordo com o regulamento até o <b>5º dia útil de cada mês</b> , e, que, no caso do não							
CONTRIBUIÇÃO BÁSICA	CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL						
Informe sua opção dentre as existentes abaixo:  50% 75% 100% 40% (somente para inscritos no Plano CD Eletrobrás até 05/05/20  Para participante do Plano CV ONS ou CD I:	% do Salário de Participação  Não desejo efetuar Contribuições Adicionais Mensais						
CONTRIBUIÇÃO BÁSICA	, CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA						
Informe sua opção dentre as existentes abaixo:  10% 50% 80%	% do Salário de Participação  Não desejo efetuar Contribuições Adicionais Mensais						
20% 60% 90% 30% 70% 100% 40% 75% (opção exclusiva para o Plano C	CONTRIBUIÇÕES BENEFÍCIOS DE RISCO (opção exclusiva para o Plano CV ONS)						
	Não desejo efetuar contribuições para o custeio dos benefícios de risco						

2. BENEFÍCIO PROPO	ORCIONAL	. DIFERIDO	- BPD								
mensais, f que a opç Global, e o	ficando o s ão pelo BF que a cont	saldo corres PD permite ribuição de	or com a opção do pondente ao valor ao participante vin custeio será paga enefícios de risco d	de BPD pre culado reali à entidade	evisto p lizar apo	elo extr ortes es <sub>l</sub>	ato de desli porádicos a	gamento fim de ele	enviado pela evar o saldo d	Eletros le sua C	. Estou ciente Conta Individual
3. PORTABILIDADE	Ē										
quaisquer período m	r débitos e nínimo de	empréstim 15 anos; e,	or com a opção pel os existentes; que esta opção implica n, participante, e ad	o saldo por rá a cessaçã	rtado d ão dos	everá se compro	er convertido missos do p	o para o r	ecebimento c	de rend	a mensal com um
Dados da Entidade R	Receptora										
Nome completo da er	ntidade red	ceptora					CNPJ				
Nome do plano receptor				NBP ou	ou SUSEP do plano receptor						
Data de inscrição no plano receptor Tributação do plano receptor Núm				lúmero	mero de inscrição no plano receptor						
Banco				С	ontato	do responsá	ivel da en	tidade recept	ora		
Endereço da entidade receptora Bairro											
Cidade	UF CEP DE			DDD +	D + Telefone comercial						
Para portabilidades receptora deverá er								:VIC/SUSE	P de 14/11/2	2014, a	entidade
4. RESGATE											
contribu minha o que esta irretratá	ições, dem pção de tri opção, ind vel e irrevo	nonstrado n ibutação (pi dependente ogável, em r	lar com os critérios o extrato de deslig rogressivo ou regre es se parcelada ou n relação a mim, part em: (preenchimer	gamento rec essivo); auto não, implica ticipante, e a	cebido; orizo a l irá a ces aos me	que o re Eletros a ssação d	esgate sofre a descontar los compror	erá descor quaisque missos do	nto de impost r débitos e er plano que es	o de re nprésti	nda conforme a mos existentes; e
Parcela únio	Parcela única parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas)										
Obs.: A escolha pelo p declaração anual.	oarcelame	nto não imp	olica em isenção do	o IRRF, que :	será de	scontac	lo na fonte s	sobre toda	as as parcelas	s e o ajı	uste feito na
Autorizo que o va	alor apura	ido a título	de resgate seja d	epositado	na con	ta abai	xo declarad	la:			
Banco Agência Conta			Tipo de conta Corrente Poupança								
											. oapança
•Rescisão de Control •Identidade •CPF	rato de Tra	abalho com	a Patrocinadora								torá
AVISO: O particip	ante que	nao tenna	optago por nenn	utti aos ins	งเเเนโОՏ	cicado	s anteriorm	ierite, no	prazo estab	ereciac	, tera

presumida a sua opção pelo Benefício Proporcional Diferido, se elegível.

## DECLARAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

Assumo a responsabilidade integral pelas informações prestadas, declarando ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios. Autorizo a administração do plano a tomar as providências necessárias conforme minha opção assinalada neste documento.					
Local e Data	Assinatura do Participante/Representante Legal (caso necessário)				
DADOS DO RESPONSÁVEL/REPRESENTANTE LEGAL (CASO NECES					
Nome completo	CPF				
E-mail pessoal	DDD + Telefone residencial DDD + Celular pessoal				
Pessoa politicamente exposta? (10) Grau de afinidade Sim Não Pai Mãe	Tutor Curador Procurador Outro:				

<sup>(7)</sup> De acordo com a Lei 9.613/1998 e pela Instrução PREVIC 34/2020, consideram-se pessoas expostas politicamente a pessoa natural que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, cargo, emprego ou função pública relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais, conforme descrição dos §§1º a 3º do artigo 15 da Instrução PREVIC 34/2020, devendo-se dedicar especial atenção também às operações como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme disposto no art. 16 do mesmo normativo.