

PLANO DE BENEFÍCIOS DE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA – PAI-CD

TERMO DE OPÇÃO PELO PAGAMENTO DO SALDO REMANESCENTE

Patrocinadora:	Nome:	Matrícula:
-----------------------	--------------	-------------------

O Assistido acima qualificado, nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios de Contribuição Definida – PAI-CD, administrado pela Fundação Itaúsa Industrial, em virtude de estar em gozo de benefício por percentual de saldo previsto no item 10.16, II do Regulamento do plano, solicita, neste ato, o pagamento da integralidade do Saldo de Conta Total remanescente do benefício, ocasião que declara estar ciente que:

1. o pagamento será efetuado de uma única vez e corresponderá à integralidade do Saldo de Conta Total do benefício de aposentadoria por percentual de saldo, descontados o custeio administrativo e impostos incidentes sobre os valores brutos devidos, em especial, Imposto de Renda retido na Fonte se for o caso;
2. não mais receberá pagamentos mensais a título de benefício de aposentadoria por percentual de saldo, encerrando-se assim, com o devido pagamento, toda e qualquer obrigação da Fundação Itaúsa Industrial para com o Assistido, seus beneficiários, herdeiros legais ou sucessores;
3. possui pleno conhecimento e está de acordo com o previsto no regulamento do Plano de Benefícios de Contribuição Definida - PAI-CD, inclusive no que se refere aos dispositivos aplicáveis ao presente termo;
4. a opção pelo recebimento da integralidade do Saldo de Conta Total remanescente é irrevogável, irrevogável e de sua livre e espontânea vontade.

Por ser verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor e forma.

Local e data:	Assinatura do participante:
----------------------	------------------------------------

1ª VIA – ENTIDADE

2ª VIA – PARTICIPANTE