

INSTRUÇÃO NORMATIVA PRES/INSS Nº 115, DE 3 DE MAIO DE 2021

(Anexo I da Minuta de Contrato)

FORMULÁRIO DE INDICAÇÃO DE INSTITUIÇÃO FINANCEIRA PARA OPERACIONALIZAR O PAGAMENTO DOS BENEFÍCIOS

A (NOME DA EMPRESA, SINDICATO, ENTIDADE FECHADA DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR - EFPC), neste ato representada pelo seu _____, o Sr. _____, CPF nº _____._____._____, informa a designação da instituição financeira _____ para operacionalizar o pagamento dos benefícios previdenciários dos seus assistidos e partícipes que recebem complementação:

DADOS DA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA/BANCÁRIA DESIGNADA	
Razão Social:	
CNPJ nº:	
CBC:	
Endereço:	
E-mail para contato:	
Telefone para contato:	

A (NOME DA EMPRESA, SINDICATO, EFPC) assume expressamente o compromisso perante o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS de não operacionalizar o pagamento dos benefícios previdenciários dos seus assistidos por intermédio de outra instituição financeira/bancária.

A (NOME DA EMPRESA, SINDICATO, EFPC) aduz ciência de que eventual alteração da instituição bancária/financeira designada deverá ser comunicada ao INSS com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, bem como que a troca somente será autorizada se a nova indicada estiver autorizada pelo INSS à efetuar o pagamento de benefícios administrados pelo instituto.

(Local), __ de _____ de _____.

(Assinatura do Representante legal da empresa, sindicato ou EFPC)