

Patrocinadora

--

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome	Matrícula

CPF	RG	Endereço residencial

Cidade	Estado	CEP

Telefone	Celular	E-mail
()	()	

Em virtude do término do vínculo empregatício sem ter atingido as condições de elegibilidade ao benefício de aposentadoria, venho por meio deste Termo, após lido e compreendido o extrato anexo à correspondência dessa Entidade, optar pelo instituto abaixo assinalado:

AUTOPATROCÍNIO

Declaro estar ciente de que:

- Sou responsável por recolher mensalmente as contribuições ao Plano, inclusive aquelas destinadas ao custeio das despesas administrativas estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- Deverei recolher as contribuições de minha responsabilidade diretamente à Syngenta Previ ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de competência, sob pena de incidência das penalidades previstas no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- As contribuições devidas ao Plano de Benefícios Syngenta retroagirão ao mês do término de meu vínculo empregatício se este ocorrer até o dia 15 do mês, ou ao mês subsequente ao do término do vínculo empregatício se este ocorrer a partir do dia 16 do mês;
- Perderei a qualidade de participante do Plano de Benefícios Syngenta caso deixe de recolher, por 3 (três) meses consecutivos ou não, o valor das contribuições devidas, inclusive as destinadas ao custeio das despesas administrativas, se for o caso, desde que previamente avisado. Nesta hipótese terei direito à Portabilidade ou ao Resgate de contribuições, observadas as demais condições previstas no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- A opção pelo autopatrocínio não impede a opção posterior pela portabilidade, pelo resgate de contribuições ou pelo benefício proporcional diferido, desde que preenchidos os requisitos previstos no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta.

Alteração dos percentuais de contribuição:

- Básica I _____ % sobre a parcela do Salário de Participação até 5 URS (0% a 3%)
 II _____ % sobre a parcela do Salário de Participação que exceder a 5 URS limitada a 15 URS (0% a 5%)
 III _____ % sobre a parcela do Salário de Participação que exceder a 15 URS (0% a 8%)
- Voluntária _____ % sobre o Salário de Participação.

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

Declaro estar ciente de que:

- Poderei optar pelo Benefício Proporcional Diferido desde que tenha, no término do vínculo empregatício, no mínimo 3 (três) anos de tempo de vinculação ao Plano de Benefícios Syngenta;
- Sou responsável por efetuar mensalmente as contribuições destinadas ao custeio das despesas administrativas estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta, e poderei efetuar aporte, com destinação específica, de contribuições para o referido Plano;
- Nesta oportunidade, tendo optado pelo instituto do benefício proporcional diferido, opto por efetuar as contribuições destinadas ao custeio das despesas administrativas do Plano de Benefícios Syngenta da seguinte forma:
 - Deduzir mensalmente o valor da contribuição da conta de patrocinadora e, quando esta esgotar, da conta de participante, exceto da conta portabilidade.
 - Recolher mensalmente o valor da contribuição diretamente à Syngenta Previ ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de competência.
- As contribuições destinadas ao custeio das despesas administrativas são devidas desde o mês do término do vínculo empregatício, se este ocorrer até o dia 15 do mês, ou do mês subsequente ao do término do vínculo empregatício, se este ocorrer a partir do dia 16 do mês, ou da opção pelo instituto do benefício proporcional diferido, no caso de participante autopatrocinado;
- Na hipótese de opção pelo recolhimento direto à Syngenta Previ ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, e inadimplência por 3 (três) meses consecutivos ou não, o valor devido será descontado da conta de patrocinadora e, quando esta esgotar, da conta de participante, exceto da conta portabilidade, desde que previamente avisado após a inadimplência de 2 (dois) meses consecutivos.
- Com o esgotamento do saldo de conta total, exceto da conta portabilidade, a Syngenta Previ iniciará a cobrança para recolhimento direto à Sociedade ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado;
- A opção pelo benefício proporcional diferido não impede a opção posterior pela portabilidade ou pelo resgate de contribuições, desde que preenchidos os requisitos previstos no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- Tenho conhecimento de que, de acordo com o Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta, somente terei direito a receber o Benefício Proporcional quando tiver, no mínimo, 55 (cinquenta e cinco) anos de idade;
- Caso eu seja participante originário do Plano A inscrito até 9/3/2006, terei direito a receber o Benefício Proporcional quando tiver, no mínimo, 55 (cinquenta e cinco) anos de idade ou quando tiver, no mínimo, 50 (cinquenta) anos de idade e 25 (vinte e cinco) anos de serviço creditado.

PORTABILIDADE

Declaro estar ciente de que:

- Poderei optar pela portabilidade desde que tenha, no término do vínculo empregatício, no mínimo 3 (três) anos de tempo de vinculação ao Plano de Benefícios Syngenta, exceto para portabilidade de recursos oriundos de outro plano de benefícios de entidade de previdência complementar ou de companhia seguradora registrados na conta portabilidade;
- Caso opte pela portabilidade após opção pelo autopatrocínio ou pelo benefício proporcional diferido, inclusive na forma presumida, o período em que houver permanecido como autopatrocinado ou em benefício proporcional diferido não será computado como serviço creditado para fins do cálculo do percentual do saldo da conta de patrocinadora constante da tabela prevista no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- O valor a ser portado será aquele registrado na Syngenta Previ no 1º (primeiro) dia dos mês da entrega do presente termo e será atualizado pelo retorno dos investimentos até a transferência dos recursos;
- Na hipótese de optar por uma entidade aberta de previdência complementar ou companhia seguradora, a integralidade dos recursos a serem portados deverá ser utilizada para a contratação de um benefício pago na forma de renda mensal vitalícia ou por um prazo determinado de, no mínimo, igual ao período em que minha reserva foi constituída no Plano de Benefícios Syngenta Previ, não podendo ser inferior a quinze anos;
- A opção pela portabilidade tem caráter irrevogável e irretroatável, extinguindo-se com a transferência dos recursos toda e qualquer obrigação do Plano de Benefícios Syngenta em relação a mim, meus beneficiários, beneficiários indicados e herdeiros legais;
- Em nenhuma hipótese a opção pela portabilidade implicará qualquer pagamento pela Syngenta Previ diretamente a mim ou à patrocinadora.

RESGATE

Declaro estar ciente de que:

- O valor do resgate de contribuições corresponde a 100% (cem por cento) do saldo da minha conta de participante. Caso eu tenha 3 (três) anos ou mais de serviço creditado receberei, ainda, parte da conta de patrocinadora de acordo com a tabela prevista no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- Caso opte pelo resgate após opção pelo autopatrocínio ou pelo benefício proporcional diferido, inclusive na forma presumida, o período em que houver permanecido como autopatrocinado ou em benefício proporcional diferido não será computado como serviço creditado para fins do cálculo do percentual do saldo da conta de patrocinadora constante da tabela prevista no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- Em nenhuma hipótese serão resgatadas as contribuições efetuadas por mim ou pela patrocinadora ao Plano de Benefícios Syngenta destinadas ao custeio das despesas administrativas;
- O saldo das contas de participante e de patrocinadora para fins de resgate de contribuições será aquele registrado na Syngenta Previ no 1º (primeiro) dia do mês da entrega do presente termo e será atualizado pelo retorno dos investimentos até o pagamento dos recursos;
- Somente poderei resgatar os valores alocados na conta portabilidade constituídos em plano de entidade aberta de previdência complementar ou companhia seguradora;
- É vedado o resgate de recursos portados constituídos em plano de benefícios de entidade fechada de previdência complementar, os quais deverão ser obrigatoriamente objeto de nova portabilidade, conforme previsto no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta;
- O resgate de contribuições implica a incidência de tributação na forma da legislação em vigor e conforme minha opção por regime progressivo ou por regime regressivo para efeitos de Imposto de Renda;
- A opção pelo resgate tem caráter irrevogável e irretratável, extinguindo-se com o pagamento dos recursos toda e qualquer obrigação do Plano de Benefícios Syngenta em relação a mim, meus beneficiários, beneficiários indicados e herdeiros legais, exceto as obrigações decorrentes do pagamento parcelado do resgate de contribuições, se for o caso.

Nesta oportunidade, opto para que o resgate de contribuições seja pago da seguinte forma:

- Em parcela única (pagamento efetuado até o último dia útil do mês subsequente ao deste requerimento).
- Em _____ parcelas mensais e consecutivas (máximo de 12 parcelas a serem pagas até o último dia útil dos meses subsequentes, devidamente atualizadas com base no retorno dos investimentos obtido até o mês que antecede o pagamento de cada parcela, considerando a última opção de perfil da carteira de investimentos do participante).

A seguir, informo os dados bancários para crédito dos valores referentes à opção pelo instituto do resgate de contribuições (não pode ser Conta Poupança ou Conta Corrente aberta pelo INSS para recebimento de aposentadoria):

Banco _____ **Nº da Agência** _____ **Nº da Conta Corrente** _____

O depósito do valor correspondente ao resgate em minha conta corrente constituirá plena e geral quitação dos direitos a mim conferidos na condição de participante do Plano de Benefícios Syngenta, declarando, ainda, nada mais ter a reclamar ou repetir, seja a que título for, ficando o Plano de Benefícios Syngenta exonerado de qualquer obrigação em relação a minha pessoa ou a qualquer dos meus beneficiários, beneficiários indicados e herdeiros legais, exceto na hipótese de parcelamento do resgate, cuja quitação se dará à medida que as parcelas forem sendo devidamente adimplidas.

Nesta oportunidade, opto ainda por:

- Resgatar os recursos alocados na Conta Portabilidade constituídos em plano de entidade aberta de previdência complementar ou companhia seguradora.
- Não** resgatar os recursos alocados na Conta Portabilidade constituídos em plano de entidade aberta de previdência complementar ou companhia seguradora.

Residência Fiscal no Brasil () SIM () NÃO

_____ / _____ / _____
Local Data Assinatura

Campo a ser preenchido por SYNGENTA PREVI - SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA

Data do recebimento dos documentos _____ / _____ / _____

Recebido por: _____ Telefone: () _____ Ramal: _____

Assinatura: _____