

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome						Nº Matrícula	
Nascimento		Admissão		Adesão ao Plano		Desligamento	
___/___/___		___/___/___		___/___/___		___/___/___	
Última contribuição (R\$)/Mês				Estado Civil		Sexo	
						<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.	
CPF		Telefone para contato			Residência Fiscal no Brasil		Pais de residência fiscal
					() Sim () Não		
Endereço Residencial						Bairro	
Cidade						Estado	CEP
E-mail							
Banco		Nº do Banco		Agência		Conta Corrente	

DADOS DO PROCURADOR / CURADOR / TUTOR (SE FOR O CASO)

Nome						RG		CPF	
Endereço Residencial						Bairro			
Cidade						Estado		CEP	
Banco		Nº do Banco		Agência		Conta Corrente			

Marque com um "X" o benefício solicitado. (Obs. Não há elegibilidade a mais de um benefício concomitantemente)

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria normal | <input type="checkbox"/> Pecúlio por Invalidez | <input type="checkbox"/> Benefício Proporcional |
| <input type="checkbox"/> Aposentadoria antecipada | <input type="checkbox"/> Benefício Diferido por Desligamento | <input type="checkbox"/> Benefício Diferido |

Opções de renda

Solicito receber à vista _____% (até 25%) do saldo de conta total, sendo o saldo de conta total remanescente transformado em renda mensal da seguinte forma:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> por um período de _____ anos
(5, 10, 15 ou 20) | <input type="checkbox"/> com a aplicação de _____%
(máximo de 2,5%) sobre o saldo de conta total | <input type="checkbox"/> no valor de R\$ _____ (valor mínimo de 0%
e valor máximo de 2,5% sobre o saldo de conta total) |
|--|---|--|

Opção de número de parcelas

Solicito receber meu benefício de renda mensal em _____ parcelas ao ano (12 ou 13).

Opção de pagamento da pensão por morte

Informo, nesta oportunidade, que eventual Pensão por Morte deverá ser paga ao(s):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficiário(s) | <input type="checkbox"/> Beneficiário(s) Indicado(s) |
|--|--|

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

(Cônjuge ou companheiro(a), filhos e enteados solteiros, menores de 21 anos de idade ou inválidos, que sejam reconhecidos como dependentes pela Previdência Social e filhos e enteados solteiros menores de 25 anos de idade cursando ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação)

Nome Completo	Parentesco	Nascimento	Sexo	Estudante		Dependente para IR		Inválido	
				Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.						
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.						
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.						
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.						

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Nome Completo	Parentesco	Nascimento	Sexo	RG	Percentual
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.		
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.		
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.		
		___/___/___	<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.		

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

- Na hipótese de o percentual de até 25% do saldo de conta total por mim escolhido ensejar uma renda mensal inferior a 1 Unidade de Referência Syngenta (URS), a Syngenta Previ reduzirá automaticamente o percentual até que o saldo remanescente resulte em uma renda mensal de valor igual ou superior a 1 URS;
- Caso tenha optado por receber à vista um percentual inferior a 25% do saldo de conta total, poderei optar a qualquer momento por receber um percentual do saldo remanescente, desde que o percentual escolhido, adicionado aos anteriormente solicitados, não ultrapasse o limite máximo de 25%. Poderei efetuar esta opção até 5 vezes;
- Caso tenha optado por receber meu benefício de renda mensal correspondente a um percentual fixo do saldo de conta total ou determinada em reais, poderei:
 - alterar o percentual ou o valor, por escrito, em formulário próprio fornecido pela Syngenta Previ, nos meses de junho e dezembro para vigorar no mês de competência seguinte, observado o limite máximo estabelecido;
 - alterar, em junho ou dezembro, o número de parcelas do meu benefício de renda mensal;
 - optar, após o 10º ano de recebimento do benefício, a qualquer momento, por alterar o percentual para recebimento do benefício ou valor da renda mensal determinada em reais, até o limite de 100% do saldo de conta total remanescente;
- Somente terei direito ao recebimento do Abono Anual em dezembro de cada ano caso tenha optado por receber meu benefício de renda mensal em 13 parcelas ao ano;
- O Benefício de Pensão por Morte somente será pago ao(s) Beneficiário(s) ou Beneficiário(s) Indicado(s), conforme minha opção, se não tiver esgotado meu Saldo de Conta Total remanescente;
- Estou obrigado a comunicar à Syngenta Previ, por escrito, qualquer modificação das informações prestadas no que se refere aos meus Beneficiários e Beneficiários Indicados;
- Poderei modificar em qualquer época a quem deverá ser efetuado o pagamento da Pensão por Morte (Beneficiário ou Beneficiário Indicado);
- É minha responsabilidade, do meu Beneficiário ou do respectivo representante legal comunicar à Syngenta Previ, por escrito, eventual perda da dependência na Previdência Social ou da condição de Beneficiário deste Plano ou a conclusão, interrupção ou suspensão de curso superior, excluindo a Syngenta Previ e ressarcindo a mesma de quaisquer prejuízos decorrentes de atos praticados em relação às pessoas mantidas no Plano de Benefícios Syngenta;

Seguem anexos os documentos abaixo assinalados:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Declaração médica (filho inválido) | <input type="checkbox"/> Xerox do RG e do CPF do participante |
| <input type="checkbox"/> Carta concessão de aposentadoria por invalidez pelo INSS (*) | <input type="checkbox"/> Xerox da certidão de casamento do participante |
| <input type="checkbox"/> Procuração, termo de tutela ou de curatela | <input type="checkbox"/> Xerox do RG e do CPF do representante legal |
| <input type="checkbox"/> Certidão de óbito | <input type="checkbox"/> Declaração faculdade (filho universitário) |

(*) Somente para benefício de Pecúlio por Invalidez.

Declaro ter conhecimento das regras do Plano de Benefícios da Syngenta e ter recebido todas as informações necessárias para o requerimento do benefício.

Este formulário deverá ser entregue na própria Syngenta Previ.

_____, _____ de _____ de _____

PROTOCOLO

Recebido pela Syngenta Previ em:

_____/_____/____

Assinatura do Participante ou representante legal