

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome					Nº Matrícula	
CPF	Nascimento	Estado Civil	Sexo	Telefone para contato	Residência Fiscal no Brasil	
	___/___/___		<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.		() Sim () Não	
Endereço Residencial					Bairro	
Cidade					Estado	CEP
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

Solicito alterar o percentual sobre o saldo de conta total remanescente até o limite de 100% do saldo de conta total remanescente ou o valor do benefício mensal:

- _____% do saldo de conta total remanescente ou
- R\$ _____ (_____)

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

- Caso tenha optado por receber à vista um percentual inferior a 100% (cem por cento) do saldo de conta total, poderei alterar o percentual aplicável ao saldo de conta total remanescente ou o valor do benefício a qualquer momento desde que não ultrapasse o limite máximo de 100% (cem por cento);
- A cada requerimento, o percentual por mim definido será aplicado sobre o saldo de conta total remanescente registrado na Syngenta Previ no último dia do mês anterior ao do respectivo requerimento;
- Após cada pagamento efetuado, relativamente ao percentual pago em parcela única, meu benefício mensal será recalculado de modo a considerar o valor do saldo de conta total remanescente;
- O pagamento e recálculo de meu benefício em razão da alteração do percentual ou do valor ocorrerá no mês da solicitação perante a Syngenta Previ, desde que eu o tenha solicitado até o dia 10 do mês, ou no mês subsequente ao mês da solicitação quando requerido após o dia 10 do mês.

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 ter o reconhecimento de firma do participante por autenticidade, exceto se preenchido na Syngenta Previ ou na área de recursos humanos de patrocinadora.

Este formulário deverá ser entregue na própria Syngenta Previ.

_____, _____ de _____ de _____

PROTOCOLO

Recebido pela Syngenta Previ em:

_____/_____/____

Assinatura do Participante ou representante legal