

Matrícula	Nome	Patrocinadora <input type="checkbox"/> Crop <input type="checkbox"/> Seeds	
Estado Civil	Sexo <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	Tel. Celular	E-mail Pessoal
Data de Nascimento ___/___/___	Data de Admissão ___/___/___	CPF	RG
Endereço Residencial Completo			

1) Na condição de empregado identificado pelas informações acima:

<input type="checkbox"/>	Desejo participar do Plano de Benefícios Syngenta
<input type="checkbox"/>	Não tenho interesse em participar do Plano de Benefícios Syngenta

2) Solicito, pela presente Proposta de Inscrição, por ato de livre vontade, o ingresso no Plano de Benefícios Syngenta, administrado pela Syngenta Previ e mantido pela Patrocinadora supra mencionada, na condição de Participante, e declaro estar ciente e concordar, após lido e cumprido, com todos os direitos e obrigações previstos no Estatuto da Syngenta Previ, bem como no Regulamento do referido Plano, dos quais recebo um exemplar nesta oportunidade, juntamente com o material explicativo e o certificado de participante.

3) Autorizo que seja procedido o desconto das contribuições da minha folha de pagamento de salários, conforme opção abaixo:

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 Bruto.

Declaro ter ciência e concordar que:

a) o valor da URS (Unidade de Referência Syngenta) é expresso em reais e atualizado em janeiro de cada ano pela variação do INPC ocorrida no exercício anterior;

b) somente terei direito de optar pela aplicação dos percentuais escolhidos nos itens II e III acima mencionados, caso tenha optado pelo percentual máximo nos itens imediatamente anteriores;

c) nos meses de junho e dezembro de cada ano poderei alterar os percentuais acima escolhidos e, caso não os altere, serão considerados para o próximo período de 6 meses os percentuais definidos em minha última escolha;

d) a Contribuição Básica mensal de participante será efetuada 12 vezes por ano;

e) a opção pela Contribuição Voluntária poderá ser efetuada e alterada em qualquer época, por escrito, no mês anterior ao que eu pretenda realizar essa Contribuição;

f) na hipótese do valor da Contribuição Voluntária exceder ao limite disposto na Lei 9.613/1998, deverei declarar por escrito qual a origem desse valor;

g) não haverá contrapartida da patrocinadora relativamente à minha Contribuição Voluntária;

h) caso a patrocinadora não efetue o desconto das contribuições, deverei recolhê-las diretamente à Syngenta Previ ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o quinto dia útil do mês subsequente ao mês de competência;

i) que o meu pedido de ingresso no Plano de Benefícios Syngenta será efetivado quando da entrega do respectivo certificado de participante que, para todos os efeitos legais, vigorará a partir da data da assinatura desta Proposta de Inscrição.

4) Opção pelo Perfil de Investimento:

Superconservador

Conservador

Moderado

Agressivo

Ciclo de Vida

Declaro estar ciente e concordar que:

a) caso não faça a opção por um dos perfis de investimentos, a Syngenta Previ ficará automaticamente autorizada a investir o meu saldo de conta total no perfil definido na política de investimentos;

b) poderei alterar o perfil de investimento nos meses de junho e dezembro, para vigorar no mês de competência de julho ou janeiro;

c) o saldo de conta correspondente às contribuições efetuadas por mim e pela patrocinadora será alocado na carteira de investimentos de acordo com o perfil por mim escolhido.

5) Declaro que nesta data tomei conhecimento da Lei 11053/2004, que faculta aos participantes inscritos em planos de benefícios instituídos nas modalidades de contribuição definida e contribuição variável a opção pelo Regime de Tributação com alíquotas regressivas e, na qualidade de participante do Plano de Benefícios Syngenta, venho nesta oportunidade:

optar, em caráter irrevogável, pelo Regime de Tributação previsto na Lei 11053/2004, que dispõe que os valores pagos aos participantes ou aos assistidos a título de benefícios ou de resgates de valores acumulados sujeitam-se à incidência do imposto de renda na fonte com alíquotas regressivas determinadas em função do prazo de acumulação dos recursos em plano de benefícios, conforme previsto no art. 1º da referida Lei.

não optar pelo regime acima citado.

Declaro estar ciente e concordar que, caso de não manifeste minha opção após o prazo de trinta dias da data de admissão, serei considerado, automaticamente, no regime progressivo de tributação.

6) Nos termos do Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta, informo abaixo meus beneficiários e beneficiários indicados:

Beneficiários:

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

Nome	Sexo	Parentesco	Inválido (S/N)	Data de Nascimento
				___/___/___
				___/___/___
				___/___/___
				___/___/___

Beneficiários Indicados:

Nome	Sexo	Parentesco	R.G.	Data de Nascimento	Percentual
				___/___/___	___%
				___/___/___	___%
				___/___/___	___%
				___/___/___	___%
				___/___/___	___%

Declaro estar ciente que:

- Sou obrigado a comunicar à Syngenta Previ, por escrito, em formulário web próprio fornecido pela Entidade, qualquer modificação das informações ora prestadas.
- O Pecúlio por Morte será concedido aos Beneficiários Indicados desde que eu tenha, no mínimo, 1 ano de serviço creditado na data de meu falecimento e não esteja em gozo de benefício de prestação mensal pelo Plano de Benefícios Syngenta.
- Não existindo Beneficiários habilitados a receber o Pecúlio por Morte, será assegurado meus herdeiros, mediante a apresentação de alvará judicial específico exarado nos autos de ação de inventário, o recebimento do saldo de conta total em parcela única.
- Ao cadastrar Beneficiário Indicado, excluo o direito de recebimento do Beneficiário Legal.

7) Declaro, em atendimento ao disposto nas normas vigentes, que tratam dos procedimentos a serem adotados pelas entidades fechadas de previdência complementar para acompanhamento das operações realizadas por pessoas politicamente expostas, objetivando coibir os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, a informação que segue:

<input type="checkbox"/>	Não estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas
<input type="checkbox"/>	Estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas

Para fins da informação acima, declaro ter ciência que pessoa politicamente exposta significa o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares para fins da Instrução Previc nº 18/2014 os parentes na linha direta, até o primeiro grau, o(a) cônjuge, o(a) companheiro(a) e o(a) enteado(a).

8) Informações Fiscais: IN RFB nº 1.571, de 2/7/2015 e IN RFB nº 1680, de 28/12/2016.

Preenchimento exclusivo para participante que tenha domicílio fiscal diferente do Brasil e aquele que possua mais de uma nacionalidade.

País de Nascimento	País de Residência Fiscal
NIF (Número de Identificação Fiscal)	País de Nacionalidade

9) Para todos os fins de direito, responsabilizo-me pela veracidade das informações inseridas nesta Proposta de Inscrição, ciente de que a Syngenta Previ poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações, bem como manter atualizados os meus dados e os de meus beneficiários ou beneficiários indicados.

10) Me comprometo a respeitar e observar as normas e regulamentos atualmente em vigor, bem como os que vierem a ser determinados pela Syngenta Previ.

PARA USO EXCLUSIVO DA SYNGENTA PREVI

Recebido pela Syngenta Previ em:

___/___/___

Assinatura do Participante

Data

CERTIFICADO DE PARTICIPANTE

A SYNGENTA PREVI – SOCIEDADE DE PREVIDÊNCIA PRIVADA certifica que o abaixo qualificado é participante do Plano de Benefícios SYNGENTA, ficando-lhe garantidos todos os direitos e obrigações constantes do Regulamento do Plano de Benefícios SYNGENTA.

Participante		Matrícula
Patrocinadora	CPF	Data de Nascimento
<input type="checkbox"/> Crop <input type="checkbox"/> Seeds		___ / ___ / ___
Data de ingresso na Sociedade, no Plano de Benefícios Syngenta	Data de vinculação ao Plano – TVP	
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	

Requisitos de ingresso: ser empregado e/ou administrador de Patrocinadora e formalizar por escrito o ingresso no Plano de Benefícios Syngenta.

Manutenção da qualidade de participante: está condicionada ao pagamento das contribuições mensais assumidas pelo participante, salvo exceção expressa no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta, bem como ao cumprimento das demais obrigações previstas no referido Regulamento. Em caso de término do vínculo com a Patrocinadora a qualidade de participante será mantida caso o participante tenha preenchido os requisitos para recebimento de um benefício mensal previsto no referido Regulamento ou tenha optado pelo instituto do autopatrocínio ou do benefício proporcional diferido ou tenha esta última opção presumida pela Syngenta Previ.

Benefícios e Requisitos de Elegibilidade:

- I Aposentadoria Normal:** (i) ter, no mínimo, 60 anos de idade; e (ii) ter, no mínimo, 1 ano de serviço creditado.
- II Aposentadoria Antecipada:** (i) ter, no mínimo, 55 anos de idade; e (ii) ter, no mínimo, 1 ano de serviço creditado.
- III Pecúlio por Invalidez:** (i) ter, no mínimo, 1 ano de serviço creditado, requisito dispensado se decorrer de acidente de trabalho; e (ii) concessão de benefício de aposentadoria por invalidez pela Previdência Social.
- IV Pecúlio por Morte:** concedido ao conjunto de Beneficiários habilitados, desde que o Participante, na data do falecimento, tenha no mínimo 1 ano de serviço creditado e não esteja em gozo de benefício de prestação mensal pelo Plano de Benefícios Syngenta. O tempo de serviço creditado não será exigido se a morte decorrer de acidente de trabalho. São Beneficiários do Participante: (i) o cônjuge e/ou o companheiro que tiverem a condição de dependente na Previdência Social; (ii) os filhos e os enteados solteiros menores de 21 anos de idade ou inválidos que tiverem a condição de dependente na Previdência Social; e (iii) os filhos e enteados solteiros menores de 25 anos de idade que estejam cursando ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação. O Pecúlio por Morte será rateado em partes iguais entre os Beneficiários. Não existindo Beneficiário habilitado a receber o Pecúlio por Morte, será assegurado aos Beneficiários Indicados, que são as pessoas físicas indicadas pelo Participante, por escrito, em formulário fornecido pela Syngenta Previ, o recebimento do resgate de contribuições na forma do Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta.
- V Pensão por Morte:** concedido ao conjunto de Beneficiários habilitados na forma do Regulamento, desde que o Participante, na data do falecimento, estivesse recebendo benefício pelo Plano. Na hipótese de o Participante estar recebendo o benefício na forma de renda mensal por prazo determinado ou na forma de renda mensal correspondente à aplicação de um percentual fixo sobre o saldo de conta total, a Pensão por Morte somente será devida se não tiver esgotado o saldo de conta total.
- VI Benefício Proporcional:** será concedido ao Participante que tiver optado ou presumida pela Syngenta Previ a opção pelo instituto do benefício proporcional diferido e que tiver, no mínimo, 55 anos de idade e, no mínimo, 1 ano de serviço creditado.
- VII Abono Anual:** concedido ao Participante ou ao Beneficiário que estiver recebendo ou que tenha recebido no exercício benefício de prestação mensal. O Abono Anual não será devido quando tiver esgotado o saldo de conta total.

Formas de Cálculo dos Benefícios:

- I Aposentadoria Normal, Aposentadoria Antecipada e Benefício Proporcional:** consistirão em uma renda mensal inicial correspondente ao resultado obtido com a transformação do saldo de conta total, na data de início do benefício, conforme a opção do Participante por uma das formas de pagamento.
- II Pecúlio por Invalidez e Pecúlio por Morte:** consistirão em um valor correspondente a 100% do saldo de conta total e serão pagos em parcela única.
- III Pensão por Morte:** consistirá em uma renda mensal inicial apurada na data de início do benefício correspondente a: **(i)** 100% do valor do benefício que o Participante percebia na data do falecimento, na hipótese de ter optado pelo recebimento do mesmo na forma de renda mensal por prazo determinado, sendo a Pensão por Morte mantida pelo prazo remanescente; e **(ii)** aplicação do último percentual definido pelo Participante sobre o saldo de conta total remanescente, na hipótese de ter optado pelo recebimento de seu benefício na forma de renda mensal correspondente à aplicação de um percentual fixo sobre o saldo de conta total. Na última hipótese, a concessão da Pensão por Morte observará o percentual escolhido pelo Participante aplicado sobre o saldo de conta total no mês do seu falecimento. Quando ocorrer a cessação do benefício de Pensão por Morte concedido ao Beneficiário de Participante que optou pelo recebimento do benefício na forma de renda mensal por prazo determinado ou renda mensal correspondente à aplicação de um percentual fixo, o saldo de conta total remanescente será pago, em uma única vez, aos herdeiros do Participante, mediante a apresentação de alvará judicial específico exarado nos autos da ação de inventário ou arrolamento correspondente.
- IV Abono Anual:** Para os Participantes que recebem benefício na forma de renda mensal por prazo determinado ou correspondente à aplicação de um percentual fixo sobre o saldo de conta total, o valor do Abono Anual corresponderá ao valor do benefício recebido no mês de dezembro. Não será devido o Abono Anual quando tiver esgotado o saldo de conta total.

Formas de pagamento:

O Participante que tiver direito a receber o Benefício de Aposentadoria Normal, Aposentadoria Antecipada ou o Benefício Proporcional poderá optar por receber até 25% do saldo de conta total, na forma de parcela única, sendo o valor remanescente transformado em renda mensal de acordo com uma das seguintes opções: **(i)** renda mensal por prazo determinado de 5, 10, 15 ou 20 anos; e **(ii)** renda mensal correspondente à aplicação de um percentual fixo de 0,5% a 1,5% sobre o saldo de conta total.

Institutos:

O Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta prevê ainda os institutos do autopatrocínio, do benefício proporcional diferido, da portabilidade e do resgate de contribuições.

O prazo para a opção do participante pelos institutos do autopatrocínio, da portabilidade e do benefício proporcional diferido previsto no Regulamento do Plano de Benefícios Syngenta é de no máximo de 60 (sessenta) dias contados da data do recebimento do extrato fornecido pela Syngenta Previ.

O Participante que se desligar ou for desligado da Patrocinadora terá direito a portar ou resgatar, conforme o caso, 100% do saldo da Conta de Participante e um percentual aplicado sobre o saldo de Conta de Patrocinadora, de acordo com as regras previstas no Regulamento.

São Paulo, _____ de _____ de 20 ____



Syngenta Previ – Sociedade de Previdência Privada
Sonia Fortes
Diretora Superintendente

Assinatura do participante