

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO		N° DA MATRÍCULA	
CPF	NASCIMENTO / /	ESTADO CIVIL	SEXO
TELEFONE PARA CONTATO	RESIDÊNCIA FISCAL NO BRASIL SIM NÃO		
ENDEREÇO RESIDENCIAL		BAIRRO	
CIDADE	ESTADO	CEP	
BANCO	N° DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA-CORRENTE

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

NOME COMPLETO		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.

Assinatura do Participante ou representante legal