

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO _____ Nº DA MATRÍCULA _____

CPF _____ NASCIMENTO _____ UF _____ SEXO _____ TELEFONE PARA CONTATO _____ RESIDÊNCIA FISCAL NO BRASIL _____
F 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 COMPLETO _____ RG _____ CPF _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ UF _____ 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 _____

Assinatura do Participante ou representante legal