

DADOS DO PARTICIPANTE

Nº DA MATRÍCULA	NOME COMPLETO			PATROCINADORA		
				CROP	SEEDS	NUTRADE
DATA DE NASCIMENTO	DATA DE ADMISSÃO	SEXO	ESTADO CIVIL	CPF		
RG	ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO					
CEP	CIDADE		UF	LOCAL DE TRABALHO		
TELEFONE PARA CONTATO	E-MAIL					

1. Na condição de empregado identificado pelas informações acima:

Desejo participar do Plano de Benefícios Syngenta

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 com todos os direitos e obrigações previstos no Estatuto da Syngenta Previ, bem como no Regulamento do referido Plano.

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

Básica: corresponde a um valor mínimo de 0% e máximo de 6% do salário de participação.

Voluntária: % sobre o Salário de Participação

%

4. Declaro ainda estar ciente de que:

- Poderei alterar os percentuais acima escolhidos nos meses das campanhas, e caso não os altere serão considerados para o próximo período de 6 meses os percentuais definidos em minha última escolha;
- a Contribuição Básica mensal de participante será efetuada 12 vezes por ano;
- a opção pela Contribuição Voluntária poderá ser efetuada e alterada em qualquer época;
- 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;
- não haverá contrapartida da patrocinadora relativamente à Contribuição Voluntária;
- 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;
- que o meu pedido de ingresso no Plano de Benefícios Syngenta será efetivado quando da entrega do respectivo formulário, para todos os efeitos legais;
- vigorará a partir do mês subsequente da data da assinatura e entrega desta Proposta de Inscrição.

5. Opção pelo Perfil de Investimento:

Superconservador Conservador Moderado Agressivo Ciclo de Vida

Declaro estar ciente e concordar que:

- 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;
- poderei alterar o perfil de investimento nos meses da campanha, para vigorar no mês subsequente;
- 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.

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 cinco) anos de idade cursando ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação.

	NOME COMPLETO	PARENTESCO	NASCIMENTO	SEXO	INVÁLIDO
1.				F M	SIM NÃO
2.				F M	SIM NÃO
3.				F M	SIM NÃO
4.				F M	SIM NÃO

BENEFICIÁRIOS INDICADOS

	NOME COMPLETO	PARENTESCO	NASCIMENTO	SEXO	RG	PERCENTUAL
1.				F M		
2.				F M		
3.				F M		
4.				F M		

Declaro estar ciente que:

- sou obrigado a comunicar à Syngenta Previ, em formulário próprio fornecido pela Entidade, qualquer modificação das informações ora prestadas no que se refere a mim, meus Beneficiários e Beneficiários Indicados;
- 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 Indicados habilitados a receber o Pecúlio por Morte, será assegurado aos meus Beneficiários, e na falta destes, aos meus herdeiros, mediante a apresentação de alvará judicial específico exarado nos autos de ação de inventário ou arrolamento correspondente ou de escritura pública de inventário e partilha expedida pela autoridade competente, o recebimento do saldo de conta total em parcela única.

7. Declaro, em atendimento à Instrução Previc nº18, de 24/12/2014, que trata 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:

não estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas

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.

, de de .

ASSINATURA PARTICIPANTE