syngentaprevi

Requerimento de Benefícios

Plano Syngenta Previ

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME COMPLETO | Nº DA MATRÍCULA | DATA DE NASCIMENTO

ADMISSÃO | ADESÃO AO PLANO | DESLIGAMENTO | ÚLTIMA CONTRIBUIÇÃO / MÊS

ESTADO CIVIL | SEXO | CPF | TELEFONE PARA CONTATO

RESIDÊNCIA FISCAL NO BRASIL ○ SIM ○ NÃO | PAIS DE RESIDÊNCIA FISCAL

ENDEREÇO RESIDENCIAL | BAIRRO

CIDADE | UF | CEP

E-MAIL

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

BANCO | Nº DO BANCO | AGÊNCIA | CONTA-CORRENTE

Marque com um "X" o benefício solicitado. (Obs.: Não há elegibilidade a mais de um benefício concomitantemente)

○ Aposentadoria normal
○ Benefício Diferido por Desligamento
○ Benefício por Invalidez
○ Benefício Proporcional

Opções de renda

Solicito receber à vista ____ % (até 25%) do saldo de conta total, sendo o saldo de conta total remanescente transformado em renda mensal da seguinte forma:

○ **por um período de** ____ **anos** (5, 10, 15, 20, 25 ou 30)

○ **com a aplicação de** ____ **%** (máximo de 2,5%) sobre o saldo de conta total

○ **no valor de R$** ____ (valor mínimo de 0% e valor máximo de 2,5% sobre o saldo de conta total)

Opção de número de parcelas

Solicito receber meu benefício de renda mensal em ____ parcelas ao ano (12 ou 13).

Em conformidade com a Lei nº 14.803, de 10 de janeiro de 2024, que altera a Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004, agora é permitido aos Participantes de plano de previdência complementar a opção pelo regime de tributação no momento da obtenção do benefício ou do primeiro resgate dos valores acumulados.

Caso não haja manifestação será considerada a opção escolhida no momento da sua adesão e que consta em seu cadastro.

Nesta oportunidade, opto por alterar o meu regime de tributação: ○ Progressivo ○ Regressivo

Opção de pagamento da Pensão por Morte

Informo, nesta oportunidade, que eventual Pensão por Morte deverá ser paga ao(s): ○ Beneficiário(s) ○ Beneficiário(s) Indicado(s)

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

	NOME COMPLETO	PARENTESCO	NASCIMENTO	SEXO	ESTUDANTE	DEP. PARA IR	INVÁLIDO
1.				F M	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
2.				F M	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
3.				F M	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO
4.				F M	SIM NÃO	SIM NÃO	SIM NÃO

DADOS DOS 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:

- Na hipótese de o percentual de até 25% do saldo de conta total por mim escolhido ensejar uma renda mensal inferior a 1 Unidade de Referência Syngenta (URS), a Syngenta Previ reduzirá automaticamente o percentual até que o saldo remanescente resulte em uma renda mensal de valor igual ou superior a 1 URS;
- Caso tenha optado por receber à vista um percentual inferior a 25% do saldo de conta total, poderei optar a qualquer momento por receber um percentual do saldo remanescente, desde que o percentual escolhido, adicionado aos anteriormente solicitados, não ultrapasse o limite máximo de 25%;
- Caso tenha optado por receber meu benefício de renda mensal correspondente a um percentual fixo do saldo de conta total ou determinada em reais, poderei:
  - I. alterar o percentual ou o valor, por escrito, em formulário próprio fornecido pela Syngenta Previ, nos meses de junho e dezembro para vigorar no mês de competência seguinte, observado o limite máximo estabelecido;
  - II. alterar, em junho ou dezembro, o número de parcelas do meu benefício de renda mensal;
  - III. optar, após o 10º ano de recebimento do benefício, a qualquer momento, por alterar o percentual para recebimento do benefício ou valor da renda mensal determinada em reais, até o limite de 100% do saldo de conta total remanescente;
- Somente terei direito ao recebimento do Abono Anual em dezembro de cada ano caso tenha optado por receber meu benefício de renda mensal em 13 parcelas ao ano;
- O Benefício de Pensão por Morte somente será pago ao(s) Beneficiário(s) ou Beneficiário(s) Indicado(s), conforme minha opção, se não tiver esgotado meu Saldo de Conta Total remanescente;
- Estou obrigado a comunicar à Syngenta Previ, por escrito, qualquer modificação das informações prestadas no que se refere aos meus Beneficiários e Beneficiários Indicados;
- Poderei modificar em qualquer época a quem deverá ser efetuado o pagamento da Pensão por Morte (Beneficiário ou Beneficiário Indicado);
- É minha responsabilidade, do meu Beneficiário ou do respectivo representante legal comunicar à Syngenta Previ, por escrito, eventual perda da dependência na Previdência Social ou da condição de Beneficiário deste Plano ou a conclusão, interrupção ou suspensão de curso superior, excluindo a Syngenta Previ e ressarcindo a mesma de quaisquer prejuízos decorrentes de atos praticados em relação às pessoas mantidas no Plano de Benefícios Syngenta;

Seguem anexos os documentos abaixo assinalados:

- ☐ Declaração médica (filho inválido)
- ☐ Carta concessão de aposentadoria por invalidez pelo INSS (*)
- ☐ Procuração, termo de tutela ou de curatela
- ☐ Certidão de óbito
- ☐ Xerox do RG e do CPF do participante
- ☐ Xerox da certidão de casamento do participante
- ☐ Xerox do RG e do CPF do representante legal
- ☐ Declaração faculdade (filho universitário)

(*) Somente para Benefício por Invalidez.

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 ser entregue preenchido e assinado para a central de atendimento atendimento.syngentaprevi@conduent.com

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura Participante