

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome	RG	CPF	
Endereço			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Telefone Pessoal	E-mail Pessoal		

De acordo com a legislação vigente e com o Regulamento do Plano de Aposentadoria CD Flex, **formalizo minha opção por um dos institutos legais obrigatórios**, conforme abaixo, tendo em vista o meu desligamento da patrocinadora do plano de previdência, solicitando à administração do plano que sejam tomadas as providências para a sua efetivação.

AUTOPATROCÍNIO (item 10.3 do Regulamento do Plano)

Estou ciente que no autopatrocínio deverei assumir as contribuições básica e normal mensais, no valor do percentual abaixo - de 0,5 a 5% - a contar do mês de desligamento.

OPÇÃO PELA FORMA DE PAGAMENTO:

Pagamento por boleto bancário

Pagamento por débito em conta
(* Opção disponível para o banco Itaú.

Ao escolher a opção **Pagamento por débito em conta**, estou ciente de que autorizo que sejam debitadas na conta corrente do banco Itaú S.A. todos os valores relativos ao acordo de manutenção de autopatrocínio junto à PreviBayer Sociedade de Previdência Privada – Plano CD Flex

EM CASO DE DÉBITO EM CONTA, PREENCHA OS CAMPOS A SEGUIR:

BANCO	Nº	AGÊNCIA	CONTA	DÍGITO*
ITAÚ	341			-

(* Favor colocar o nº do dígito do banco, agência e da conta corrente separadamente

BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD) (item 10.7 do Regulamento do Plano)

Importante: Acesse sua área de participante e mantenha seus beneficiários atualizados.

RESGATE (item 10.16 do Regulamento do Plano)Residente no exterior?* SIM NÃO Se sim, qual o NIF**?

*Esse campo é de preenchimento obrigatório

**Número de Identificação Fiscal.

 Em pagamento único Em _____ parcelas (máximo de 12 parcelas)NOME
DO BANCONº DO
BANCO

AGÊNCIA

CONTA

- DÍGITO*

Após o pagamento único ou o pagamento da última parcela, extinguem-se todas as obrigações da Entidade para com o participante e seus respectivos beneficiários.

Com relação a eventuais recursos recepcionados oriundos de Entidade Aberta de Previdência Complementar ou Seguradora, opto por:

 Resgatar o valor Portar o valor para outra Entidade de Previdência Complementar

Em caso de eventuais recursos recepcionados oriundos de entidade fechada de Previdência Complementar os mesmos serão objeto de nova portabilidade.

Nome da
Entidade ReceptoraNome
do planoEndereço da
Entidade ReceptoraCNPJ da Entidade
ReceptoraCNPJ do Fundo
ReceptorCNPB, caso a Entidade Receptora
seja uma Entidade Fechada de Previdência ComplementarProcesso SUSEP, caso a Entidade Receptora
seja uma Entidade Aberta de Previdência Complementar

DADOS BANCÁRIOS DA ENTIDADE RECEPTORA:

NOME
DO BANCONº DO
BANCO

AGÊNCIA

CONTA

- DÍGITO*

Regime de tributação
no Plano receptorData de Adesão
no Plano receptorMatrícula
do Plano receptor

*Caso o participante tenha recursos a serem portados, o resgate será efetivado apenas no mês de transferência dos recursos

**Importante: Caso a opção de resgate não seja definida pelo Participante, o pagamento será realizado em parcela única. Para mais detalhes, consulte o Regulamento do Plano CD Flex.

OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO (Lei nº 14.803/24) REGIME TRIBUTÁRIO PROGRESSIVO COMPENSÁVEL

Em caso de resgate, alíquota fixa em 15% e em caso de aposentadoria, o benefício mensal será tributado de acordo com a tabela de IR vigente.

 REGIME TRIBUTÁRIO REGRESSIVO DEFINITIVO

Em caso de resgate, ou aposentadoria, a alíquota diminui de acordo com o prazo no qual o valor fica investido. Variando de 35% (até 2 anos) à 10% (acima de 10 anos).

PORTABILIDADE (item 10.11 do Regulamento do Plano)

Caracteriza desligamento do Plano CD e transferência dos meus valores de direito acumulados até esse momento.

Nome da
Entidade Receptora

Nome
do plano

Endereço da
Entidade Receptora

CNPJ da Entidade
Receptora

CNPJ do Fundo
Receptor

CNPB, caso a Entidade Receptora
seja uma Entidade Fechada de Previdência Complementar

Processo SUSEP, caso a Entidade Receptora
seja uma Entidade Aberta de Previdência Complementar

DADOS BANCÁRIOS DA ENTIDADE RECEPTORA:

NOME
DO BANCO

Nº DO
BANCO

AGÊNCIA

CONTA

- DÍGITO*

Regime de tributação
no Plano receptor

Data de Adesão
no Plano receptor

Matrícula
do Plano receptor

DECLARAÇÃO / AUTORIZAÇÃO

Declaro ter conhecimento da legislação vigente e das condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Aposentadoria, a que pertenço.

- Autorizo a administração do Plano a tomar as providências necessárias de acordo com a minha opção acima.
- Assumo a responsabilidade integral pelas informações por mim aqui prestadas.
- Declaro que o depósito do valor correspondente ao Resgate na minha conta-corrente ou a efetivação da Portabilidade para a Entidade Receptora indicada constituirá plena e gera quitação dos direitos a mim conferidos na condição de Participante do Plano de Aposentadoria, delcarando, ainda, nada mais ter a declarar, seja a que título for, ficando o Plano exonerado de qualquer obrigação em relação à minha pessoa.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE