CD flex

TERMO DE OPÇÃO

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome ..... RG ..... CPF .....

Data de Desligamento ..... 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

Optantes pelo autopatrocínio deverão assumir as contribuições básica e normal mensais, 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 para que não haja problemas no débito automático.

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

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

Domingos Jorge, 1100 - Socorro | São Paulo - SP | CEP 04779-900
E-mail contato@previbayer.com.br | Telefone: 0800 818 2020

PREVIBAYER

CD flex

TERMO DE OPÇÃO

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 BANCO ..... **Nº DO BANCO** ..... **AGÊNCIA** ..... **CONTA** ..... **- DÍGITO*** .....

Em caso de eventuais recursos recepcionados oriundos de Entidade Fechada de Previdência Complementar, os mesmos serão objeto de nova Portabilidade.

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 .....

**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).

Domingos Jorge, 1100 - Socorro | São Paulo - SP | CEP 04779-900
E-mail contato@previbayer.com.br | Telefone: 0800 818 2020

PREVIBAYER

CD flex

TERMO DE OPÇÃO

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 lesgislação 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

Domingos Jorge, 1100 - Socorro | São Paulo - SP | CEP 04779-900
E-mail contato@previbayer.com.br | Telefone: 0800 818 2020

PREVIBAYER