

## DADOS DO PARTICIPANTE

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

Endereço .....

Bairro ..... Cidade ..... Estado ..... CEP .....

Telefone Pessoal ..... E-mail Pessoal .....

## PARTICIPANTE VINCULADO(A) DESSA ENTIDADE NA CONDIÇÃO DE:

 Participante Autopatrocinado  Participante em BPD

Venho solicitar a alteração da opção feita anteriormente por mim quanto aos institutos obrigatórios, sendo, minha nova opção, a seguinte:

 **AUTOPATROCÍNIO**

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 para que não haja problemas no débito automático.

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

Conforme disposições regulamentares vigentes (aplicável somente para Participante Autopatrocinado).

**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\*

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 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).

**PORTABILIDADE** (item 10.11 do Regulamento do Plano)

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, declarando, ainda, nada mais ter a declarar, seja a que título for, ficando o Plano exonerado de qualquer obrigação em relação à minha pessoa ou a qualquer dos meus Benefícios.
- A PreviBayer - Sociedade de Previdência Privada realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 ("LGPD") e à Política de Privacidade disponível no site [www.previbayer.com.br](http://www.previbayer.com.br). Neste sentido, estou ciente de que este requerimento pressupõe o tratamento de dados pessoais para o alcance da finalidade aqui pretendida, nos termos do contrato previdenciário firmado entre as partes, conferindo meu consentimento livre, informado e inequívoco, nos termos da Lei. Declaro, ainda, que todas as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo à PreviBayer qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE