

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

01 de 02

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome

CPF

RG

Celular

E-mail

Endereço

Bairro

Cidade

Estado

CEP

Estado Civil

Tendo preenchido todos os requisitos para a aposentadoria, solicito à Previbayer o pagamento de benefício, conforme indicações abaixo. Declaro estar ciente e concordar, após lido e compreendido todos os direitos e obrigações previstos no Regulamento do Plano de Aposentadoria CD Flex.

TIPO DE BENEFÍCIO

☐

Aposentadoria

☐

Invalidez*

*para ser elegível ao benefício de aposentadoria por invalidez é necessário comprovar a concessão desse mesmo benefício pelo INSS ou ter a invalidez atestada pelo clínico credenciado da patrocinadora ou indicado pela Previbayer.

RESIDENTE NO EXTERIOR?*

NÃO

☐

SIM

☐

SE SIM, QUAL O NIF?*

**Número de Identificação Fiscal

FORMA DE RECEBIMENTO

☐

Optar por receber à vista % do Saldo de Conta Total (limitado a 25% do saldo).

1.

☐

Renda pelo percentual de % de (0,1% a 1,4%) do Saldo de Conta Total.

2.

☐

Renda pelo prazo certo de anos (de 5 a 20 anos).

3.

☐

Benefício fixo: renda mensal no valor de R\$....., cujo valor deverá estar entre 0,1% e 1,4% do Saldo de Conta Total remanescente.

☐

Pagamento único*

Venho por meio desta solicitar o pagamento do meu benefício por meio de parcela única, conforme previsto em regulamento. Declaro que com o recebimento desse valor dou quitação em relação as obrigações da Previbayer, para comigo, meus beneficiários e herdeiros legais.

*o pagamento único poderá ser solicitado apenas por participantes cujo benefício mensal fique abaixo de 2 UP's.

REQUERIMENTO DE APOSENTADORIA

02 de 02

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).

DADOS BANCÁRIOS

Não efetuamos pagamento em conta corrente aberta pelo INSS e conta poupança.

Nome do Banco

Agência

Conta Corrente

Dígito

Declaro expressamente estar ciente de que os dados pessoais informados neste requerimento e os demais dados pessoais em posse da Previbayer serão objeto de tratamento com a finalidade de execução do contrato civil-previdenciário celebrado entre mim e a Previbayer, nos termos do art. 7º, V da Lei nº 13.709, de 14.08.2018, a Lei Geral de Proteção de Dados (GDPR), observada a Política de Privacidade disponível no site www.previbayer.com.br, declaro ainda que, as informações aqui prestadas são verdadeiras e de minha inteira responsabilidade, não cabendo a Previbayer qualquer responsabilidade perante a fiscalização.

LOCAL

DATA

ASSINATURA DO PARTICIPANTE