

É importante que todos os campos sejam preenchidos

EMPREGADOR		MATRÍCULA Nº	ESTADO CIVIL
NOME		CPF	
E-MAIL	DATA DE NASCIMENTO		CEP
ENDEREÇO	NÚMERO		BAIRRO
CIDADE	UF	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE CELULAR

De acordo com as regras do regulamento do meu plano de Previdência, opto por receber meu benefício de aposentadoria por invalidez da seguinte forma:

- ☐ Recebimento do benefício mensal por PRAZO DETERMINADO, por prazo não inferior a 5 anos. Informar o prazo: _____ anos.
- ☐ Recebimento do benefício mensal com aplicação de percentual escolhido entre 0,1% e 2% do Saldo de Conta. Informar o percentual: _____%
- ☐ Recebimento do benefício mensal por PRAZO INDETERMINADO - Deseja optar pela inclusão de seus beneficiários no cálculo do benefício? _____
- Desejo também optar pelo saque à vista de até 25% do Saldo Total de Conta: _____

Saque de _____% (Percentual Máximo Permitido 25%).
- ☐ Recebimento do benefício em PAGAMENTO ÚNICO, nos casos de Aposentadoria por Invalidez decorrente de Doença Grave, conforme as condições previstas na legislação do Imposto de Renda.

BANCO	AGÊNCIA	CONTA	☐ CORRENTE	☐ POUPANÇA
-------	---------	-------	-----------------------------------	-----------------------------------

Os dados bancários deverão ser do titular do plano. Não é permitido utilizar conta salário e conta jurídica para recebimento do benefício.

CONFIRME O(S) SEU(S) BENEFICIÁRIO(S)

NOME	CPF	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	TELEFONE	DEPENDENTE IR (**)
					()
					()
					()
					()
					()

(*) **Beneficiário (s):** o cônjuge, o companheiro, na forma preceituada no Código Civil Brasileiro, e o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 18 (dezoito) anos ou inválido, desde que tal condição seja diagnosticada antes de tal idade e que o mesmo seja dependente do Participante.
(**) **dependente para fins do Imposto de Renda:** Este campo deverá ser preenchido caso o beneficiário habilitado seja dependente do participante no Imposto de Renda.

Conforme Lei nº 14.803/2024, a opção pelo regime de tributação de Imposto de Renda poderá ser realizada ou alterada, uma única vez, na solicitação do resgate ou benefício.

Dessa forma, você deverá optar pelo regime de tributação a ser aplicado sobre seu benefício, conforme abaixo especificado:

- ☐ **Opção 1 - Regime Progressivo:** Com tributação antecipada e ajuste anual. Alíquotas de 0%, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5% de acordo com o valor do benefício.
- ☐ **Opção 2 - Regime Regressivo:** Tributação é definitiva, não entra para ajuste na Declaração Anual de IR. Nesta opção, a retenção será diferente para cada contribuição, de acordo com o tempo que ela permaneceu no plano: As contribuições que possuem até 2 anos terão um desconto de 35%, as que possuem entre 2 e 4 anos: 30%, as que possuem entre 4 e 6 anos: 25%, entre 6 e 8 anos: 20%, entre 8 e 10 anos: 15%, e para as contribuições que possuem a partir de 10 anos: 10%.

A opção realizada é irretratável, não podendo ser alterada posteriormente.

Caso você tenha feito a opção de tributação no ato de ingresso no plano de benefícios e não tenha assinalado uma das opções acima, será considerada a opção anteriormente manifestada.

AUTORIZO A DESCONTAR DO BENEFÍCIO A QUE FAÇO JUS, O VALOR DE DÉBITOS QUE POR VENTURA VENHA A TER COM A PREVISC OU COM O EMPREGADOR

Declaro, sob minha responsabilidade, que as informações prestadas sobre o novo beneficiário são verdadeiras.

_____, de _____ de 20_____
LOCAL DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

Anexar Documentos:
Carta de concessão da aposentadoria pelo INSS;
Cópia dos documentos pessoais – RG e CPF ou CNH e Certidão de Casamento;
Cópia dos documentos dos beneficiários habilitados e designados– Certidão de Nascimento ou RG e CPF;