

ALTERAÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

1. INSTRUÇÕES

Leia atentamente as recomendações abaixo:

- Após leitura, preencha o formulário anexo, assine e envie por email para: rhodia.prhospers@solvay.com.
- O original assinado deve ser encaminhado à PRhospers: Av. Maria Coelho Aguiar, 215, bloco B, 1º andar, CEP: 05804-902 – São Paulo-SP, aos cuidados de Atendimento ao Participante PRhospers.
- Data limite para solicitação (envio do email): **até o dia 10 de janeiro de cada ano.**
- A alteração será implementada no pagamento do **mês de janeiro de cada ano.**

2. QUEM PODE SOLICITAR ALTERAÇÃO

Todos os participantes que recebem benefícios na modalidade **% de saldo** ou **renda fixa em reais**.

3. PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

Preencha corretamente o formulário conforme a modalidade de seu benefício para evitar a devolução:

- ▶ **Renda % em cotas:** preencha a % desejada (0,15% a 2%).
- ▶ **Renda fixa em reais:** preencha o valor em R\$ desejado (equivalente a mínimo 0,15% e máximo 2%).

Em dúvida sobre a sua modalidade: RENDA EM COTAS (%) ou RENDA FIXA EM REAIS (R\$)?

- ▶ Se o valor bruto do seu benefício é o mesmo todo mês e não tem alteração, você recebe **RENDA FIXA EM REAIS**.
- ▶ Se o valor bruto do seu benefício varia em função da rentabilidade, você recebe **RENDA EM % DE COTAS**.
- ▶ Qualquer que seja a modalidade: o valor mínimo é 0,15% do saldo e o máximo é 2% do saldo.

Como consultar o seu saldo e a sua modalidade:

- Acesse a **Área do Participante**, em www.prhospers.com.br (topo da página do lado direito).
- Clique no menu **SALDO**, para verificar o **SALDO POR PLANO**.
- Clique no topo da tela para alternar entre **PLANO BÁSICO** e **PLANO SUPLEMENTAR**.
- Clique no menu **BENEFÍCIO**. No final da tela, em **OPÇÕES DE RENDA**, verifique sua modalidade: % saldo (significa **% EM COTAS**) ou % saldo fixo (significa **RENDA FIXA EM REAIS**).

OUTRAS DÚVIDAS?

Contate rhodia.prhospers@solvay.com ou telefone: (11) 3741-7189

ALTERAÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

MODALIDADE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA

PREENCHA E ASSINE NO LOCAL INDICADO

1. CADASTRO DO PARTICIPANTE

NOME	CPF	
EMAIL	TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)	TELEFONE CELULAR (DDD)

Eu, participante acima identificado, solicito alterar minha opção de recebimento de benefício mensal de aposentadoria complementar conforme abaixo.

Estou ciente de que a nova opção permanecerá vigente até nova manifestação por escrito.

ASSINALAR APENAS A OPÇÃO DO BENEFÍCIO ESCOLHIDO NA DATA DE INÍCIO DE PAGAMENTO

▶ **% EM COTAS OU FIXO EM REAIS.**

NÃO É PERMITIDO ALTERAR O TIPO DE BENEFÍCIO.

PLANO BÁSICO

- Renda Mensal em cotas** equivalentes a _____% do saldo em cotas (valor deve ser no mínimo 0,15% e no máximo 2,0%)
- Renda Mensal fixa em reais** de R\$ _____ (valor deve ser equivalente no mínimo 0,15% e no máximo 2,0% do saldo do mês de mês imediatamente anterior à data de opção).

PLANO SUPLEMENTAR

- Renda Mensal em cotas** equivalentes a _____% do saldo em cotas (valor deve ser no mínimo 0,15% e no máximo 2,0%)
- Renda Mensal fixa em reais** de R\$ _____ (valor deve ser equivalente no mínimo 0,15% e no máximo 2,0% do saldo do mês de imediatamente anterior à data de opção).

▶ INSTRUÇÕES

1. Prazo de envio a PRhospes: até dia **10 de janeiro** de cada ano.
2. A alteração entra em vigor no pagamento de janeiro de cada ano.
3. Enviar cópia por email rhodia.prhospes@solvay.com

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE
(igual ao documento CPF ou RG)

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PRHOSPER

DATA: ____ / ____ / _____ VISTO: _____ VISTO: _____