

TERMO DE OPÇÃO DESISTÊNCIA AUTOPATROCÍNIO PLANO SOLVAYPREV

ASSINALE A OPÇÃO DESEJADA, PREENCHA OS DADOS E ASSINE NA PÁGINA 3

Eu _____ CPF nº _____
desligado da Patrocinadora _____ na data _____,
e tendo permanecido na condição de auto-patrocinado até o momento, venho requerer o cancelamento da minha opção de autopatrocinado do Plano SolvayPrev e confirmar minha opção pelo Instituto abaixo indicado, conforme valores demonstrados no extrato de desligamento.

Eu estou ciente das regras do plano SolvayPrev da PRHOSPER PREVIDÊNCIA RHODIA referente ao instituto escolhido.

1. OPÇÃO PELO INSTITUTO

OPÇÃO 1 – INSTITUTO RESGATE DE CONTRIBUIÇÕES

Efetuar o Resgate do saldo a que faço jus.

Estou ciente que o depósito efetuado na conta indicada encerra definitivamente todos os meus direitos junto ao Plano de Aposentadoria da PRhospers Previdência Rhodia. Sujeito à dedução de Imposto de Renda conforme opção de tributação (progressiva ou regressiva).

Assinale a opção desejada para recebimento do resgate:

- Valor total em parcela única
- Receber em _____ parcelas atualizadas pelo retorno dos investimentos (até 12 parcelas)

OPÇÃO 2 – INSTITUTO PORTABILIDADE

Portar a reserva a que faço jus para outra entidade de previdência complementar.

Condições: mínimo de 3 anos de vinculação ao plano, assinar o Termo de Portabilidade.

Estou ciente que a transferência dos recursos para outra Entidade de Previdência será efetuada após recebimento do Termo de Portabilidade, encerrando definitivamente todos os meus direitos junto à PRhospers Previdência Rhodia.

OPÇÃO 3 – INSTITUTO BPD

Optar pelo Instituto Benefício Proporcional Diferido – BPD.

Condições: mínimo 3 anos de vinculação ao plano.

Autorizo o débito mensal da taxa de administração do meu saldo do Plano.

Estou ciente que a reserva acumulada a que faço jus será rentabilizada pela cota do plano conforme Política de Investimentos vigente, ou, pela cota de minha livre escolha na hipótese da Entidade vir a oferecer diferentes opções de investimentos.

No caso de meu falecimento indico no item 4 os meus beneficiários do benefício por morte.

2. DADOS DO PARTICIPANTE

ENDEREÇO	BAIRRO	
EMAIL	TELEFONE RESIDENCIAL (DDD)	TELEFONE CELULAR (DDD)

3. PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA OPÇÃO 1 - RESGATE DE CONTRIBUIÇÕES

Solicito o depósito do benefício de aposentadoria na conta abaixo indicada:

Nº DO BANCO	NOME DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	CONTA CORRENTE
-------------	---------------	---------------	----------------

4. DECLARAÇÃO DOS DEPENDENTES PARA O CALCULO DO IMPOSTO DE RENDA PROGRESSIVO (NÃO PRECISA PREENCHER NO CASO DE IMPOSTO DE RENDA REGRESSIVO)

Declaro para fins de comprovação junto à PRhospers Previdência Rhodia, que o(s) indicado(s) abaixo é (são) meu(s) **dependente(s) econômico(s)**, não percebendo qualquer tipo de proventos superior ao permitido por lei para esta finalidade, e solicito que o(a) mesmo(a) seja incluído para fins de abatimento mensal do imposto de renda retido na fonte.

Declaro, **sob as penas da lei**, que as informações prestadas são verdadeiras.

	Nome completo do dependente	Relação de dependência	Data de nascimento
1			
2			
3			
4			

5. DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO POR MORTE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA OPTANTES PELO OPÇÃO 3 - AUTOPATROCINADO OU OPÇÃO 4 - BPD-BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

No caso de meu falecimento o benefício por morte será rateado entre os beneficiários por mim indicados abaixo:

	Nome completo do beneficiário indicado	CPF (obrigatório)	Data de nascimento	Grau de parentesco	Rateio (%)
1					
2					
3					
4					
5					

Estou ciente que no caso de não indicação de beneficiários, o saldo remanescente será pago aos meus herdeiros legítimos, observadas as disposições do Código Civil Brasileiro e da legislação civil pertinente a sucessão, e na ausência deste, o testamentário, observadas as regras previstas na Seção V do Capítulo III do Regulamento do Plano de Aposentadoria SolvayPrev.

_____, _____ de _____ de _____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE
(Assinar igual ao documento de identidade apresentado)

► **INSTRUÇÕES**

- Anexar cópias (não é necessário autenticar): CPF e RG e uma comprovação dos dados bancários do participante (parte superior do extrato bancário, cópia do cartão de débito, folha de cheque entre outros).
- Enviar este documento original e os documentos pessoais para o endereço indicado.
- Requerimentos enviados sem a documentação completa não serão processados.
- Documentos recebidos até dia 14 de cada mês serão incluídos na folha do próprio mês, após esta data os requerimentos serão incluídos no mês subsequente.
- Os pagamentos são realizados no último dia útil do mês, exceto mês dezembro (consulte).

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO PRHOSPER

DATA: _____ / _____ / _____ VISTO: _____