



ALTERAÇÃO DA FORMA DE PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

MODALIDADE CONTRIBUIÇÃO DEFINIDA

PREENCHA E ASSINE NO LOCAL INDICADO

1. CADASTRO DO PARTICIPANTE

NOME	CPF	
EMAIL	TELEFONE CELULAR (DDD)	PEP* SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>

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. A alteração entra em vigor no pagamento no mês subsequente ao mês da sua alteração.
2. Enviar cópia assinada por email rhodia.prhosper@solvay.com

_____, ____ de ____ de ____

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

* Pessoa Exposta Politicamente (PEP): são consideradas Pessoas Expostas Politicamente (PEP) os ocupantes de cargos e funções públicas listadas na Resolução Coaf no 40, de 22 de novembro de 2021 (§§ 1º, 2º e 3º do art. 1º) nos últimos cinco anos.