

Planos Básico e Suplementar

Eu, _____ CPF nº _____
desligado da Patrocinadora _____ na data ____/____/____,
e tendo permanecido na condição de Autopatrocinado até ____/____/____ (mês/ano), venho requerer o
cancelamento da minha opção de autopatrocinado do Plano _____ (Básico ou Suplementar)
e confirmar minha opção pelo Instituto abaixo indicado, conforme valores demonstrados no extrato de desligamento.
Eu estou ciente das regras do(s) Plano(s) da PRhospers – Previdência Rhodia referente ao Instituto escolhido.

A. PLANO BÁSICO – CNPB 1980.0005-65

OPÇÃO 1 – INSTITUTO RESGATE

Efetuar o Resgate do saldo a que faço jus.

Estou ciente de 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 imediata.

Receber _____ em parcelas atualizadas pelo retorno dos investimentos (até 12 parcelas).

Valor total em parcela única, diferido em _____ dias. (limite de 90 dias para diferimento)

Opção pelo Regime de Tributação

(Não preencher caso já tenha efetuado sua opção a partir de 11/01/2024)

PROGRESSIVO REGRESSIVO

Estou ciente que a opção pelo regime de tributação exercida neste momento da requisição do primeiro resgate será irretratável, inclusive para futuros resgates ou obtenção de benefício neste Plano, conforme previsto na legislação. Caso qualquer das opções acima não sejam marcadas, não havendo manifestação, a PRhospers obedecerá a opção tributária exercida por mim, quando do ingresso no Plano de Benefícios.

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 de 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 – RESERVA IGUAL OU ACIMA DE 100 UP

Optar pelo Instituto Benefício Proporcional Diferido – BPD.

Condições: reservas acima de 100 UP, mínimo 3 anos de vinculação ao Plano.

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

Estou ciente de que a reserva acumulada a que faço jus será rentabilizada 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 de Pensão por Morte.



Planos Básico e Suplementar

B. PLANO SUPLEMENTAR – CNPB 1996.0031-19

OPÇÃO 1 – INSTITUTO RESGATE

Efetuar o Resgate do saldo a que faço jus.

Estou ciente de 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 imediata.

Receber em parcelas atualizadas pelo retorno dos investimentos (até 12 parcelas).

Valor total em parcela única, diferido em dias. (limite de 90 dias para diferimento)

Opção pelo Regime de Tributação

(Não preencher caso já tenha efetuado sua opção a partir de 11/01/2024)

PROGRESSIVO **REGRESSIVO**

Estou ciente que a opção pelo regime de tributação exercida neste momento da requisição do primeiro resgate será irrevogável, inclusive para futuros resgates ou obtenção de benefício neste plano, conforme previsto na legislação. Caso qualquer das opções acima não sejam marcadas, não havendo manifestação, a PRhospers obedecerá a opção tributária exercida por mim, quando do ingresso no Plano de Benefícios.

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 de 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 – RESERVA IGUAL OU ACIMA DE 100 UP

Optar pelo Instituto Benefício Proporcional Diferido – BPD.

Condições: reservas acima de 100 UP, mínimo 3 anos de vinculação ao Plano.

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

Estou ciente de que a reserva acumulada a que faço jus será rentabilizada 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 de Pensão por Morte.



Planos Básico e Suplementar

1. DADOS DO PARTICIPANTE

ENDEREÇO

BAIRRO

TELEFONE DE CONTATO

E-MAIL

PEP*

SIM NÃO

2. PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA:

Opção 1 - Resgate ou Opção 4 - Pagamento Único BPD

Solicito o depósito do valor a que faço jus:

NÚMERO DO BANCO

NOME DO BANCO

NÚMERO DA AGÊNCIA

CONTA CORRENTE

3. DECLARAÇÃO DOS DEPENDENTES - CÁLCULO DO IMPOSTO DE RENDA PROGRESSIVO:

(Não 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 e comprometo-me a atualizar junto à PRhospers qualquer alteração das informações aqui registradas.

	Nome completo do dependente	Relação de dependência	Data de nascimento	CPF	PEP*
1			/ /		SIM NÃO
2			/ /		SIM NÃO
3			/ /		SIM NÃO
4			/ /		SIM NÃO

*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.



Planos Básico e Suplementar

4. PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA OPÇÃO 3 - BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

No caso do meu falecimento, o Benefício de Pensão por Morte será rateado entre os Beneficiários por mim indicados:

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

*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.

Estou ciente de que no caso de não indicação de beneficiários, o saldo remanescente será pago aos meus herdeiros legais.

_____, ____ de _____ de _____

ASSINATURA
(Assinar igual ao documento de identidade apresentado)

► INSTRUÇÕES

- Anexar cópias (não é necessário autenticar): CPF, 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 formulário preenchido pelo e-mail rhodia.prhospers@solway.com ou pelo WhasApp (11) 3741-7189.
- Requerimentos enviados sem a documentação completa não serão processados.
- Documentos recebidos até o 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).

