

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO PLANO A PLANO D

Nome:		
Data de nascimento: / /	Estado civil:	
Email Pessoal:		
RG:	CPF:	
Endereço Residencial:		
Bairro:	CEP:	
Cidade:	Tel.: ()	Cel.: ()
Dados bancários:		
Banco:	Agência:	C/C:

RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Nome	Sexo	Parentesco	Data Nascimento	CPF	Dependente IR (S/N)

Declaro que estou ciente de que, em caso do meu falecimento, a renda de Pensão por Morte será devida aos beneficiários indicados acima, apenas quando **NÃO HOUVER BENEFICIÁRIOS**, conforme determina o Regulamento do Plano de Benefícios.

Em cumprimento às exigências da legislação vigente aplicável, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos função pública relevante, assim como funções relevantes em organizações internacionais, bem como seus representantes, familiares, estreitos colaboradores e outras pessoas de relacionamento próximo.

Sim Não

Nos termos do Regulamento do plano acima destacado venho por meio do presente requerer o benefício abaixo assinalado:

<input type="checkbox"/> Aposentadoria Normal	<input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada	<input type="checkbox"/> Benefício Proporcional
<input type="checkbox"/> Aposentadoria por Incapacidade – Motivo invalidez (conforme INSS): _____ Início afastamento invalidez ___/___/___ <ul style="list-style-type: none"> Mínimo de 90 dias de vínculo empregatício com a empresa (patrocinadora), exceto no caso de acidente de trabalho; Concessão de aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS); Não recebo qualquer outro benefício pago direta ou indiretamente pela empresa (patrocinadora) 		

OPÇÕES DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

Solicito receber, em parcela única, o valor correspondente a ___% (_____ por cento) (limitado a 25% em percentual inteiro) do Saldo de Conta Aplicável, condicionado ao meu benefício mensal inicial ser superior a 6 (seis) UR para participantes do **Plano A** condicionado ao meu benefício mensal inicial ser superior a 2 (duas) UR para participantes **Plano D**. O valor remanescente do Saldo de Conta Aplicável será pago conforme opção abaixo assinalada: (preencher apenas uma das opções abaixo).

Importante: O Participante que estiver recebendo renda financeira e que na data do requerimento do benefício não tenha recebido o valor de 25% (vinte e cinco por cento) do Saldo de Conta Aplicável poderá requerê-lo durante a fase de percepção do benefício.

<input type="checkbox"/> FINANCEIRA, POR PRAZO DETERMINADO pelo prazo de (.....) anos (de 5 a 20 anos) aplicável sobre o Saldo de Conta Aplicável
<input type="checkbox"/> FINANCEIRA, POR PERCENTUAL DO SALDO , correspondente a% (.....por cento) do Saldo de Conta Aplicável (de 0,5 a 2,0%) aplicável sobre o Saldo de Conta Aplicável

FINANCEIRA, DE VALOR FIXO EM REAIS, correspondente a R\$. (..... reais) limitado de 0,5% a 2,0% do Saldo de Conta Aplicável aplicável sobre o Saldo de Conta Aplicável

**Opção exclusiva participantes BPD do Plano A, com saldo de conta aplicável constituído até outubro 2013
(itens 7.2 / 7.13.1 / 7.29.1 / 7.36 do regulamento)**

Renda mensal composta pelas seguintes parcelas:

Parcela I - Renda mensal vitalícia decorrente da transformação do Saldo de Conta Aplicável constituído até outubro/2013 e,

Opções Parcela II - Renda mensal financeira por:

PRAZO DETERMINADO pelo prazo de (.....) anos (de 5 a 20 anos) aplicável sobre o Saldo de Conta Aplicável constituído a partir de novembro/2013 e o saldo da Conta Portabilidade alocado até outubro/2013

PERCENTUAL DO SALDO, correspondente a% (.....por cento) do Saldo de Conta Aplicável (de 0,5 a 2,0%) aplicável sobre o Saldo de Conta Aplicável constituído a partir de novembro/2013 e o saldo da Conta Portabilidade alocado até outubro/2013

DE VALOR FIXO EM REAIS, correspondente a R\$. (..... reais) limitado de 0,5% a 2,0% do Saldo de Conta Aplicável aplicável sobre o Saldo de Conta Aplicável constituído a partir de novembro/2013 e o saldo da Conta Portabilidade alocado até outubro/2013

Nota: A opção pela renda mensal vitalícia é irrevogável e irretroatável. Portanto, após a concessão do benefício, observada a periodicidade estabelecida pelo Conselho Deliberativo da PREVI NOVARTIS, a forma de recebimento do benefício poderá ser alterada apenas em relação às rendas mensais financeiras (percentual do saldo, prazo determinado ou fixa em reais).

Opção Regime de Tributação

Considerando que até o presente momento não realizei a opção pelo Regime de Tributação previsto na Lei 11.053/2004 ou que minha opção por este Regime foi realizada antes de 11/01/2024, venho, por meio deste, optar:

Regime Progressivo - Incidência do imposto de renda sobre os resgates à alíquota fixa de 15%, como antecipação do imposto devido na Declaração de Ajuste Anual. Os benefícios são tributados de acordo com a tabela progressiva mensal.

Regime Regressivo - Resgates e Benefícios sujeitam-se à incidência do imposto de renda de acordo com alíquotas decrescentes, conforme o prazo de acumulação dos recursos no plano, variando de 35% (até 2 anos) a 10% (acima de 10 anos).

Declaro, ainda, estar ciente que:

- O Benefício de renda mensal, na data de sua concessão, de valor inferior a 2 (duas) URN para o plano D e, valor inferior a 6 UR para o plano A será transformado em pagamento único de valor Atuarialmente Equivalente ou correspondente ao Saldo de Conta Aplicável remanescente.
- Poderei todo mês de janeiro e/ou julho alterar a forma de recebimento da renda mensal, dentre as opções previstas no Regulamento, bem como estabelecer novo prazo, percentual ou valor fixado em reais, com base no Saldo de Conta Aplicável remanescente, para vigorar no mês subsequente.
- É meu dever manter meus dados cadastrais atualizados e que sou responsável pela exatidão das informações prestadas.
- Caso não efetue a atualização cadastral no prazo fixado no Regulamento, meu Benefício ficará suspenso até que eu regularize minha situação perante a Previ Novartis.

OPÇÃO PERFIL DE INVESTIMENTO

Super conservador

Conservador

Moderado

Agressivo

Caso não me manifeste sobre a alteração do perfil de investimento, a entidade manterá os recursos aplicados no perfil de investimentos correspondente a minha última opção.

Estou ciente que devo informar à Previ Novartis sobre meu enquadramento na FATCA "Foreign Account Tax Compliance Act", lei norte-americana de combate à evasão fiscal no país em relação a rendimentos e outros ganhos de investimentos feitos fora dos Estados Unidos por cidadãos estrangeiros com obrigações fiscais nos Estados Unidos, designadas "US Person" (Pessoa Americana), por forma do Acordo celebrado entre o Brasil e os Estados Unidos da América, promulgado pelo Decreto nº 8.506, de 24/8/2015.

Para informações sobre o tratamento de dados pessoais realizado pela Previ Novartis, em observância à Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da Previ Novartis, disponível no site institucional (<https://www.previnovartis.com.br/>) e no Aplicativo mobile denominado como Previ Novartis.

Autorizo o envio das informações cadastrais definidas neste requerimento à AAPN – Associação dos Aposentados da Previ Novartis:

SIM NÃO

Local:

Data: ____/____/____

Assinatura