

Seus dados pessoais são protegidos e armazenados pela SantanderPrevi com padrões rígidos de segurança, visando assegurar o sigilo e a integridade dessas informações, observando-se o tratamento e a transparência nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/18).

Dados do Participante

Nome:	Matrícula:	CPF:
Patrocinadora:	Data de Admissão:	Data de Demissão:
Endereço Residencial (Logradouro, nº, complemento e bairro)	Data de Nascimento:	
Cidade:	Estado:	CEP:
E-mail:	Telefone Residencial:	Tel. Celular:
Banco em que mantém Conta Corrente (nome e código):	Código da Agência:	Nº Conta Corrente:

Declaração de Opção

Tendo em vista a minha elegibilidade ao benefício do Plano de Aposentadoria SantanderPrevi, abaixo indicado, venho solicitar dessa Entidade a concessão do benefício, obedecendo as disposições contidas no Regulamento do Plano de Aposentadoria SantanderPrevi, com as quais estou de pleno acordo.

☐

APOSENTADORIA

☐

INCAPACIDADE

Forma de Pagamento (preencher necessariamente com o período e se deseja a conversão em pagamento único, nos casos aplicáveis)

- () Com pagamento único de ____% (mínimo 1% e máximo de 25%) como adiantamento do saldo da Conta Total do Participante e o restante em Renda Certa em quotas por um período de ____ (de 5 até 30 anos, em múltiplo de 5 anos).
- () Sem adiantamento em pagamento único, ciente que a opção de adiantamento em até 25% somente está disponível neste momento, sendo o saldo de Conta Total do Participante revertido em Rendas Mensais em quotas por um período de ____ (de 5 até 30 anos, em múltiplo de 5 anos).
- () Conversão em pagamento único do saldo da Conta Total do Participante, caso o benefício mensal gerado pela opção acima indicada venha a ser inferior a 2 UPs (R\$1.316,74, base Set/2023).

Outras opções

☐

RESGATE (assinalar ao lado) :

()

Recebimento em Parcela Única

()

Recebimento parcelado em ____ meses (até 12 meses)

Optando pelo Resgate, na hipótese de existir recursos alocados em Recursos Portados, constituídos em entidade de previdência aberta, recepcionados no Plano de Aposentadoria da SantanderPrevi, opto por:

- () resgatar () portar para outra entidade.

☐

PORTABILIDADE (preencher "Termo de Portabilidade" disponível no site do plano com os dados da entidade receptora e assinaturas)

☐

DIFERIMENTO do início do recebimento do benefício de Aposentadoria por até ____ anos (máximo 5 anos).

☐

REVISÃO (*) do período de pagamento de Benefício, para ____ anos (de 5 a 30 anos, em múltiplos de 5 anos), calculados sobre o saldo remanescente da Conta Total do Participante. (*) somente após 12 meses da última solicitação.

- () Conversão em pagamento único do saldo da Conta Total do Participante, caso o benefício mensal gerado pela opção acima indicada venha a ser inferior a 2 UPs (R\$ 1.316,74, base Set/2023).

Relacionar abaixo os dados dos Dependentes Legais para fins de IR

Nome Completo	Dt. Nascimento	Sexo	Parentesco

Autorizo, desde logo, de forma unilateral, espontânea e irrevogável, que o pagamento do benefício mensal, conversão em pagamento único ou resgate, dependendo da opção, seja efetuado mediante o depósito bancário do respectivo valor em conta corrente que segue acima transcrita, ainda que seja conta corrente conjunta, o que constituirá plena quitação dos direitos a mim conferidos (parcial ou total, conforme o caso) na condição de participante do Plano de Aposentadoria da SantanderPrevi, declarando, ainda, nada mais ter a reclamar, seja a que título for, ficando o Plano exonerando de qualquer obrigação em relação a minha pessoa ou qualquer dos meus Beneficiários.

Orientações:

1. Mais informações poderão ser obtidas no site da SantanderPrevi no endereço: www.santanderprevi.com.br
2. Os pagamentos estarão sujeitos à **legislação tributária em vigor** à época do pagamento.
3. A solicitação recepcionada pela SantanderPrevi até o dia 15º dia do mês terá o crédito realizado até o 5º dia útil do mês subsequente a recepção. Após o dia 15º dia do mês, o crédito será realizado no 5º dia útil do segundo mês subsequente. Exceção: para Revisão de Benefício, terá vigência a partir do segundo mês subsequente ao recebimento do requerimento pela SantanderPrevi.
4. A conta corrente deve ser de titularidade do participante.
5. Reconhecer assinatura e anexar Cópia Autenticada de documento de identificação.
6. Endereço para envio:

SantanderPrevi - Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 - Vila Olímpia - São Paulo - SP - CEP 04543-011.

Data e Assinatura do Participante (Reconhecer Firma em cartório)

____/____/____

Protocolo da SantanderPrevi