REQUERIMENTO DE BENEFÍCIOS PROGRAMADO APOSENTADORIA

DADOS DO PARTICIPANTE

1-CPF:		2-Matrícula Ceres:
3-Nome do Participante:		
4-Endereço:		5-Bairro:
6-Cidade:	7-CEP:	8-UF:
4-Telefone comercial:	5-Telefone residencial:	6-Telefone celular:
7-Email 1:	8-Email 2:	9-Plano: Básico ◯ Flex ◯

DADOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

10-Cód. Banco	11-Nome do Banco	12-Nº da Agência	13-Nº da C. Corrente	14-Praça

OPÇÃO PELO BENEFÍCIO CONFORME REGULAMENTO DO PLANO

◯ Aposentadoria Antecipada
◯ Aposentadoria por Tempo de Contribuição
◯ Aposentadoria Especial
◯ Aposentadoria por Idade

OPÇÃO PELO RECEBIMENTO DE PARTE DO SALDO DE CONTA - EXCLUSIVO PARA PLANOS FLEX

Será facultado ao participante que tiver cumprido as condições para requerer suplementação de aposentadoria por tempo de contribuição, especial ou idade, receber à vista o valor equivalente a até 10/o (dez por cento) do saldo da Conta Individual de Benefício Concedido, antes de se proceder ao cálculo da suplementação, reduzindo-se o valor do benefício.

◯ Sim, tenho interesse em receber à vista __ % do meu saldo ◯ Não, tenho interesse em receber 0% do meu saldo

BENEFICIÁRIOS

15-Nome	16-CPF	17-Sexo	18-Dat. Nasc.	19-Parentesco	20-IR
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N
		◯ M ◯ F			◯ S ◯ N

Opção em caráter irretratável e irrevogável, conforme Lei 14.803, de 10/01/2024. **Somente para Planos Flex.**

◯ Opto pelo regime tributário regressivo previsto na Lei nº 11.053, de 29/12/2004, alterada pela Lei nº 14.803, de 10/01/2024.

◯ Não opto pelo regime tributário regressivo, ficando sujeito ao regime tributário progressivo previsto no Decreto nº 9.580, de 22/11/2018.

Solicito a concessão do benefício acima assinalado, declarando ter pleno conhecimento das disposições regulamentares do plano de benefício ao qual estou inscrito e todo conteúdo desse requerimento, não restando qualquer dúvida quanto aos meus direitos e obrigações.

Declaro que meus dados estão atualizados no cadastro da Ceres.

Local _____ Data _____ Assinatura do(a) Requerente _____

Os Dados Pessoais indicados neste formulário serão utilizados pela CERES FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA, para atender a execução contratual prevista no regulamento do plano, bem como para cumprimento de obrigação legal ou regulatória, com respaldo no artigo 7o, incisos II e 8 V, da Lei Geral de Proteção de Dados de no 13.709 de 14/08/2018. Havendo dúvida quanto ao uso dos seus dados pessoais, encaminhar e-mail para o gecor@ceres.org.br

RESPONSÁVEL PELO RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE E/OU REPRESENTANTE LEGAL

Conferi os dados lançados neste requerimento e declaro que as cópias dos documentos anexadas são autênticas.

Local _____ Data _____ Assinatura do(a) representante local _____

* Campos de preenchimento obrigatórios