

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 - Contato de Emergência: Celular:		10 - Nome do Contato:	11 - Grau de Parentesco:

DADOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

12-Cód. Banco 001	13-Nome do Banco Banco do Brasil	14-Nº da Agência	15-Nº da C. Corrente	16-Cidade
----------------------	-------------------------------------	------------------	----------------------	-----------

OPÇÃO PELO BENEFÍCIO CONFORME REGULAMENTO DO PLANO

17 - Plano:	() Básico ou Saldado	() FlexCeres
18 - Benefício:	<input type="checkbox"/> Aposentadoria Antecipada <input type="checkbox"/> Aposentadoria por Tempo de Contribuição	
	<input type="checkbox"/> Aposentadoria Especial <input type="checkbox"/> 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

19-Nome	20-CPF	21-Sexo	22-Dat. Nasc.	23-Parentesco	24-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

Opção em caráter 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 8º 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 lgpd@ceres.org.br

RESPONSÁVEL PELO RECURSOS HUMANOS DA UNIDADE E/O 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