REQUERIMENTO PARA SUPLEMENTAÇÃO DE BENEFÍCIOS DE RISCO

DADOS DO PARTICIPANTE

1-Nome do participante:		2-Matrícula Ceres:	
3-CPF :		4-Identidade	5-Órgão Expedidor:
6-Nome do(a) Beneficiário:			
7-Endereço Residencial:		8-Complemento:	9-UF:
10-Cidade:	11-Bairro:	12-CEP:	
13-Nome do(a) Recebedor(a)			
14-CPF		15-Identidade	16-Órgão Expedidor:
17-E-mail:	18-Telefone Residencial:		19-Telefone Comercial:

DADOS PARA PAGAMENTO DO BENEFÍCIO

20-Cód. Banco	21-Nome do Banco	22-Nº da Agência	23-Nº da C. Corrente	24-Praça

IDENTIFICAÇÃO DO BENEFÍCIO

- ☐ Auxílio Doença
- ☐ Aposentadoria por Invalidez
- ☐ Auxílio Reclusão
- ☐ Pecúlio
- ☐ Pensão por Morte

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% (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/ DESIGNADOS

25-Nome	26-CPF	27-Sexo	28-Dat. Nasc.	29-Parentesco	30-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.

☐ 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.

Local _____ Data _____ Assinatura do Beneficiário/ Requerente _____

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 e Carimbo do Representante _____

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

* Campos de preenchimento obrigatórios