

Eu _____, CPF _____,
celular: (____) _____, e- mail: _____
**venho requerer o cancelamento de minha inscrição no Plano de
Previdência da SIAS - PrevSIAS.**

Estou ciente que:

1. A solicitação de cancelamento encaminhada até o dia 15 de cada mês será processada pela SIAS para o 1º dia útil do mês subsequente
2. **Se o cancelamento solicitado extinguir completamente o meu vínculo com a SIAS - ou seja, caso eu não seja participante de outro plano de benefícios previdenciários – a minha inscrição e de meus beneficiários nos Serviços Assistenciais oferecidos pelos parceiros da SIAS (Médico-Hospitalar, Odontológico, Seguros e Emergências Médicas) poderá ser impedida ou excluída.**
3. A exclusão de minha inscrição e de meus beneficiários nos Programas Assistenciais (médico-hospitalar, odontológico, seguro de vida e emergências médicas) não representa quitação dos débitos existentes até a data da exclusão.
4. **Ao solicitar o cancelamento de minha inscrição, somente será admitida nova inscrição após transcorridos 6 (seis) meses. (Art 17 § 7º).**

Conforme o Art 17, § 1º do Regulamento do PrevSIAS - Na hipótese de solicitação de cancelamento, o requerente será considerado ex-participante do Plano, sendo-lhe assegurado, na data do requerimento, o valor equivalente ao do instituto previdenciário do resgate.

5. Estou ciente e concordo com os critérios estabelecidos no regulamento do plano referentes ao cálculo de resgate das contribuições, que o resgate sofrerá desconto de imposto de renda conforme a minha opção de tributação (progressivo ou regressivo).

Dados Bancários (de titularidade do participante):

Banco:	Agência:	Conta:	Tipo de Conta: () Corrente () Poupança
--------	----------	--------	---

OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO PROGRESSIVO OU REGRESSIVO

() **OPÇÃO 1: REGIME REGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO**

Declaro, para todos os fins fiscais e de direito, **minha opção pelo regime regressivo** de tributação dos rendimentos auferidos a título de benefícios ou resgates pagos por entidade de previdência complementar, cujas alíquotas decrescem quanto maior o período em que as contribuições ficarem aplicadas no plano. Declaro estar ciente de que se trata de tributação exclusiva e definitiva na fonte.

Prazo de Acumulação	Alíquota
Até 2 anos	35%
Entre 2 e 4 anos	30%
Entre 4 e 6 anos	25%
Entre 6 e 8 anos	20%
Entre 8 e 10 anos	15%
Mais de 10 anos	10%

() **OPÇÃO 2: REGIME PROGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO**

Declaro, para todos os fins fiscais e de direito, **minha opção pelo regime progressivo** de tributação dos resgates pagos por entidade de previdência complementar, onde, para planos CD, no ato do pagamento aplica-se a **alíquota fixa de 15%**. Os valores tributados são levados à declaração de ajuste anual do Imposto de Renda da Pessoa Física.

Autorizo o tratamento de meus dados pessoais em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais) e da Política de Privacidade e Proteção de Dados disponível no site da SIAS.

Local/Data: _____, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do Participante