

DADOS DO PARTICIPANTE			
Nome:			CPF:
Endereço:			Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	Tel:
Cel:	E-mail:		

O(a) participante acima identificado(a), na forma do Regulamento do Plano PrevSIAS, vem optar por um dos institutos previdenciários abaixo indicados:

() RESGATE

Instituto que faculta ao participante, após cumprido prazo de carência, receber o valor total ou parcial do saldo de Conta do Participante, descontadas as despesas administrativas e quaisquer outros débitos com a entidade.

() **RESGATE TOTAL** - A inscrição na SIAS **será** cancelada.

() **RESGATE PARCIAL** - A inscrição na SIAS **não** será cancelada.

Percentual do RESGATE PARCIAL: _____% (limitado em até 20%).

Forma de pagamento:

() em parcela única à vista; ou

() em _____ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas – opção somente para resgate total).

Dados Bancários (de titularidade do participante):

Banco	Agência	Conta	Tipo de Conta <input type="checkbox"/> Corrente <input type="checkbox"/> Poupança
-------	---------	-------	--

DECLARO estar ciente e concordar 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).

DECLARO estar ciente de que as solicitações de resgate recebidas até o dia 15 serão pagas na 2ª quinzena do mês corrente e as solicitações recebidas após o dia 15 serão pagas na 1ª quinzena do mês subsequente.

Vale a pena resgatar o saldo do PrevSIAS?

O principal objetivo da previdência é construir uma aposentadoria mais confortável ou concretizar metas a médio e longo prazo. **Quanto maior o saldo acumulado, maior o retorno dos investimentos e o crescimento do seu patrimônio.** Além disso, **quanto mais tempo você permanece vinculado ao PrevSIAS menor a alíquota do imposto de renda**, caso opte pelo regime tributário regressivo. Portanto, ao resgatar o saldo acumulado e deixar de ser participante do PrevSIAS, você compromete sua segurança financeira no futuro e **perde o direito de contratar ou permanecer nos serviços assistenciais**, como Plano Médico, Odontológico e Seguros.

() AUTOPATROCÍNIO - A inscrição na SIAS **não** será cancelada.

Instituto que faculta ao participante, no caso de perda parcial ou total de remuneração ou encerramento do vínculo com o instituidor, optar por manter o valor de sua contribuição, assumindo também eventual contribuição do instituidor ou do empregador, com o objetivo de assegurar a percepção futura dos benefícios nos níveis correspondentes àquela remuneração.

Dados Bancários (de titularidade do participante): Banco: _____

Agência: _____ Conta: _____ () conta corrente () conta poupança

() BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD) - A inscrição na SIAS **não** será cancelada.

Instituto que faculta ao participante, em razão da cessação do vínculo associativo com o instituidor antes de preenchidos os requisitos para o benefício de aposentadoria por idade, após 3 (três) anos de tempo de inscrição ao Plano e desde que não tenha optado pelo resgate ou portabilidade, optar por receber, em tempo futuro, quando do preenchimento dos requisitos regulamentares, um benefício proporcional à reserva constituída até a data da cessação do vínculo associativo. Nessa hipótese o participante remido deixa de contribuir para o plano, arcando exclusivamente com o pagamento do custeio administrativo até a data do recebimento do benefício.

() PORTABILIDADE - A inscrição na SIAS **será** cancelada.

Instituto que faculta ao participante, desde que não esteja em gozo de benefício, transferir os recursos financeiros correspondentes ao saldo da Conta do Participante para outro plano administrado por entidade (fechada ou aberta) de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar planos de benefícios de previdência complementar. A portabilidade é direito inalienável do participante, vedada sua cessão sob qualquer forma, sendo o seu direito exercido na forma e condições estabelecidas pelo regulamento do Plano, em caráter irrevogável e irretratável.

Dados da Entidade Receptora para fins de **PORTABILIDADE**:

Entidade:			CNPJ:		
Plano Receptor:			CNPB/SUSEP do Plano Receptor:		
Nº Registro do Participante no Plano Receptor:			Regime de Tributação do Plano Receptor:		
Data de adesão ao Plano Receptor:		Inscrição Estadual:		Inscrição Municipal:	
Endereço:			Bairro:		Cidade:
Estado:	CEP:	Telefone:		Celular:	
Cód. Do Banco:	Nome do Banco:		Agência:		C/C:
Responsável:					

Declaração de Resgate do Saldo do PrevSIAS

Eu, _____, CPF.: _____ declaro
para os devidos fins que:

1. Estou ciente de que, ao solicitar o resgate total do saldo do PrevSIAS, estarei automaticamente desvinculado da SIAS, perdendo o direito de contratar ou manter contratos ativos com os serviços assistenciais oferecidos pela entidade, como planos de saúde, odontológico, seguros, entre outros.
2. Reconheço que, ao me desvincular do Plano PrevSIAS por meio do resgate integral, não poderei mais deduzir as contribuições do Imposto de Renda, o que poderá impactar negativamente minha declaração e aumentar minha carga tributária.
3. Estou ciente de que o valor do resgate poderá estar sujeito à incidência de tributação elevada, a depender do tempo de permanência no PrevSIAS, conforme a legislação vigente.
4. Declaro, ainda, que li, compreendi e avaliei todas as informações acima e estou ciente dos termos desta declaração.

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

Para os fins deste Termo de Opção, na modalidade Portabilidade, tenho ciência que meus dados pessoais serão compartilhados pela SIAS com a Entidade Receptora, em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

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

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS

- Cópia do RG e CPF
- Cópia do comprovante dos dados bancários (print da tela do aplicativo, extrato, foto do cartão ou outro documento que contenha o número da agência e conta informados).

Com a publicação da a Lei n.º 14.803, de 11 de janeiro de 2024, o momento da opção pela tabela regressiva de tributação foi alterado, sendo facultado ao contribuinte exercer a referida opção até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate referente aos valores acumulados em planos de benefícios na modalidade CD – Contribuição Definida. Importante lembrar que, feita essa escolha, ela será irretratável, irrevogável e imutável.

Em face da mencionada alteração legislativa, os participantes do PrevSIAS que até o momento não obtiveram benefícios ou que não requereram o primeiro resgate, poderão, caso seja de seu interesse, modificar a opção tributária realizada (regime regressivo ou progressivo de tributação). Assim, é importante que o participante se pronuncie, quando fizer solicitação do benefício ou do primeiro resgate, sobre o Regime Tributário que pretende aderir, podendo alterar a opção anteriormente exercida, tanto para regressivo como para progressivo.

ATENÇÃO - Caso o participante não devolva o presente formulário preenchido, juntamente com o formulário principal, não se manifestando quanto à opção, a SIAS o vinculará, automaticamente, ao Regime Tributário Progressivo conforme estabelecido na legislação vigente.

OPÇÃO NA DATA DA OBTENÇÃO DO BENEFÍCIO OU DO REQUERIMENTO DO PRIMEIRO RESGATE:

Nome:

CPF:



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, sendo a alíquota máxima de 35% e a alíquota mínima de 10%. Declaro estar ciente de que se trata de tributação exclusiva e definitiva na fonte.



OPÇÃO 2: REGIME PROGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO

Declaro, para todos os fins fiscais e de direito, **minha opção pelo regime progressivo** de tributação dos rendimentos auferidos a título de benefícios ou resgates pagos por entidade de previdência complementar, cujas alíquotas crescem quanto maior o rendimento auferido, conforme a tabela do Imposto de Renda vigente. Os valores tributados são levados à declaração de ajuste anual do Imposto de Renda da Pessoa Física.

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

Assinatura do Participante