

I. DADOS DO PARTICIPANTE/APOSENTADO

Nome: _____ CPF: _____

Data de Falecimento: ___ / ___ / _____

II. BENEFÍCIO REQUERIDO

Situação na data de falecimento:

1. () Participante:

A. () receber o benefício de Renda Mensal de Pensão por Morte, formado a partir dos saldos individual e patronal mantidos em favor do Participante, conforme artigo 38 do Regulamento do Plano, da seguinte forma:

() Pagamento único de _____% (_____) (por extenso) do saldo da conta total do participante (até 25%) e o restante através de uma das opções abaixo:

i. () Pagamento mensal de _____% (_____) (por extenso) (entre 0% e 2%) do saldo da conta total do Participante na data do cálculo do benefício, recalculado mensalmente de acordo com o saldo remanescente da conta;

ou

ii. () Pagamento mensal por período de _____ (_____) (por extenso) anos (entre 5 e 30 anos), com a transformação do saldo remanescente em número constante de cotas;

B. () receber o valor equivalente ao Instituto do Resgate, na forma do artigo 13 do Regulamento do Plano, em pagamento único ou em até 12 (doze) vezes, conforme artigo 39 do Regulamento do Plano, sendo que o requerimento deverá ser obrigatoriamente pelo conjunto de beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s), ocasião em que opto pelo recebimento em:

i) () Pagamento único;

ou

ii) () Pagamento parcelado em _____ (_____) (por extenso) (até 12) vezes.

Obs.: Declaro estar ciente de que, em optando pela opção "B" acima, estarão cessadas, após a realização do(s) pagamento(s) todas as minhas obrigações e direitos junto ao Plano e, ainda, que, em se tratando do recebimento de valor equivalente ao Instituto do Resgate, poderei não receber a totalidade do saldo da conta da Patrocinadora mantida em favor do Participante, conforme tabela constante do artigo 13 do Regulamento do Plano e demais regras regulamentares.

2. () Assistido:

A. () receber mensalmente o valor da renda mensal de aposentadoria, até o término do prazo de duração do benefício, de acordo com a opção do aposentado, conforme art. 32, parágrafo 3º; ou

B. () receber mensalmente o valor da renda mensal de aposentadoria, alterando a forma de recebimento do Benefício, conforme art. 32, parágrafo 4º, inciso I, sendo que o requerimento deverá ser expresso formal e obrigatoriamente pelo conjunto de beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s), na forma a seguir:

i) () Pagamento mensal de _____% (_____) (por extenso) (entre 0% e 2%) do saldo da conta total do Assistido na data do cálculo do benefício, recalculado mensalmente de acordo com o saldo remanescente da conta;

ou

ii) () Pagamento mensal por período de _____ (_____) (por extenso) anos (entre 5 e 30 anos), com a transformação do saldo remanescente em número constante de cotas;

C. () receber em pagamento único o saldo remanescente da Conta Identificada de Benefício (CIB), conforme art. 32, parágrafo 4º, inciso II, sendo que o requerimento deverá ser expresso formal e obrigatoriamente pelo conjunto de beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s).

III. OPÇÃO POR REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Declaro que, conforme determina a Lei nº 11.053/2004, com as alterações promovidas pela Lei nº 14.803/2024, deverei fazer a opção pelo regime de tributação, seja Regressivo ou Progressivo, no presente momento em que estou solicitando o benefício pensão por morte, formado a partir dos saldos individual e patronal, mantidos em favor do Participante anteriormente identificado.

Declaro, também, conhecer as regras dos dois regimes de tributação (regressivo e progressivo) e estar ciente que a minha opção será irrevogável, irretroatável e imutável.

Declaro, ainda, estar ciente que a minha não manifestação pela Opção de Tributação à EMBRAER PREV, nesse momento, me vincula automaticamente ao Regime Tributário Progressivo, conforme estabelecido na legislação vigente.

CARACTERÍSTICAS DO REGIME REGRESSIVO

A principal característica do Regime Regressivo é a de que, quanto maior o prazo de acumulação das contribuições no plano, menor será a alíquota do Imposto de Renda, conforme tabela regressiva prevista no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004, conforme abaixo:

Prazo de acumulação dos recursos	Alíquota incidente na fonte
Inferior ou igual a 2 anos	35%
Superior a 2 anos, mas inferior ou igual a 4 anos	30%
Superior a 4 anos, mas inferior ou igual a 6 anos	25%
Superior a 6 anos, mas inferior ou igual a 8 anos	20%
Superior a 8 anos, mas inferior ou igual a 10 anos	15%
Superior a 10 anos	10%

O imposto calculado segundo este regime é definitiva e não permite deduções, ou seja, não há ajuste ou compensações a serem feitos na declaração anual de Imposto de Renda da Pessoa Física. No regime de Tributação Regressiva, o prazo de acumulação continua sendo contado mesmo após a aposentadoria, sendo que este corresponderá ao tempo decorrido entre o aporte das contribuições no plano e o pagamento dos benefícios.

CARACTERÍSTICAS DO REGIME PROGRESSIVO

A tributação é definida em função do valor do benefício ou do resgate recebido, de modo que, quanto maior for esse valor, maior será a alíquota do imposto de renda a ser paga. A alíquota se dará de acordo com a Tabela Progressiva Mensal do Imposto de Renda vigente à época dos respectivos pagamentos. Atualmente, são cinco alíquotas distintas (isenta, 7,5%, 15%, 22,5% e 27,5% do valor da renda), e a tabela com os valores vigentes pode ser consultada no site da Receita Federal - www.receita.fazenda.gov.br.

Nesse regime, são permitidos deduções e ajustes na declaração anual do imposto de renda, tais como despesas médicas e educacionais.

Em casos de resgate, a tributação na fonte é de 15% sobre o valor recebido, devendo ser levado a ajuste na declaração anual, quando então será considerada a Tabela Progressiva para o cálculo anual do Imposto de Renda de Pessoa Física.

Por tudo o que foi exposto, opto em caráter irrevogável, irretroatável, irrevogável e imutável por um dos Regimes de Tributação vigentes:

- A. () Regime baseado na Tabela Regressiva, previsto no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004.
- B. () Regime baseado na Tabela Progressiva.

IV. OPÇÃO PELO PERFIL DE INVESTIMENTO

() CONSERVADOR () CONVENCIONAL

Declaro ter pleno conhecimento das características de cada um dos perfis de investimento, estando ciente dos riscos financeiros inerentes a cada um destes, bem como de que os percentuais de alocação em Renda Variável e Renda Fixa do perfil CONVENCIONAL, apresentados no Manual de Operacionalização dos perfis de investimento, poderão variar para mais ou para menos, conforme Política de Investimento vigente.

Declaro ter ciência de que, caso meus recursos estejam alocados no perfil ARROJADO, deverei alterar meu perfil de investimento para CONSERVADOR ou CONVENCIONAL em até 3 (três) anos, a contar da data de início do benefício, tendo oportunidade para fazê-lo somente nas campanhas semestrais de alteração de perfil, sendo que, caso não realize essa alteração no referido prazo, terei meus recursos alocados, automaticamente, no perfil CONVENCIONAL.

V. DADOS DO REQUERENTE

Nome: _____

RG: _____ Órgão/UF: _____ Data de Expedição: ___/___/____ CPF: _____

Data de Nascimento: ___/___/____ Parentesco: _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____ Estado Civil: _____ Sexo: F () M ()

Filiação (Pai): _____

Filiação (Mãe): _____

Cônjuge: _____

Pessoa Politicamente exposta (*): Sim () Não ()

Especificar cargo/função ocupada _____

End. Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: () _____ Tel. Celular: () _____

E-mail: _____

VI. DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: _____ Nº do Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Local da Agência: _____

VII. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DO REQUERENTE

Inscriver beneficiário(s) conforme conceito constante do Regulamento do Plano e para todos os fins nele previstos.

A) Beneficiários Diretos: cônjuge, companheiro (a), filhos e enteados, solteiros, ou ainda, inválidos.

Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	Percentual a Receber
1)					
2)					
3)					
4)					

B) Beneficiários Designados: quaisquer pessoas físicas inscritas no cadastro do Plano, **na ausência dos beneficiários**, independentemente do vínculo de parentesco ou de dependência econômica.

Nome Completo	CPF	Data de Nascimento	Sexo	Parentesco	Percentual a Receber
1)					
2)					
3)					
4)					

Em caso de indicação de beneficiários menores de 12 (doze) anos, declaro que sou responsável legal pela criança e dou consentimento para o tratamento de seus dados pessoais para as finalidades previstas no Regulamento do Plano, em atendimento ao disposto na Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais).

VIII. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Cada beneficiário deverá preencher um formulário:

Preencher, datar e assinar o Requerimento de Benefício e anexar os documentos:

- Comprovante de vinculação do Beneficiário Direto em relação ao Aposentado ou Participante, na forma disposta no Regulamento, ou o(s) Beneficiário(s) Designado(s), conforme cadastro constante na EMBRAER PREV, ou na falta deste(s), o(s) legítimo(s) herdeiro(s), assim reconhecido(s) e autorizado(s) judicialmente;
- Cópia da certidão de óbito do Aposentado ou Participante;
- Cópia da certidão de nascimento ou casamento do requerente;
- Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- Comprovante de residência do requerente;
- Comprovante bancário (cópia de extrato, folha de cheque ou cartão do banco);
- Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento para cada beneficiário do requerente.

IX. DECLARAÇÃO

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a EMBRAER PREV poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação dos dados informados.

Declaro também, que toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, informarei prontamente a Entidade.

Declaro, ainda, ter ciência de que existindo mais de um Beneficiário Direto, Beneficiário Designado ou Herdeiro Legítimo a opção de recebimento do benefício deverá se realizar de forma única, não comportando divergências de escolha, a não ser pela opção ao regime tributário que pode ser distinta.

Declaro, por fim, ter ciência de que inexistindo unanimidade de escolha da forma de recebimento, a EMBRAER PREV considerará a opção escolhida pela maioria dos optantes e, no caso de empate, levar-se-á em consideração a escolha do Beneficiário ou Herdeiro Legal com idade mais avançada, exceto nos casos em que se exija, expressamente em Regulamento, que a opção deva ser feita obrigatoriamente pelo conjunto dos beneficiário(s) ou herdeiro(s) legítimo(s).

Comprometo-me a comunicar imediatamente à EMBRAER PREV a perda da condição de beneficiário e/ou a revogação da procuração, curatela ou tutela, quando for o caso.

A EMBRAER PREV realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais). Neste sentido, declaro que tive ciência sobre a Política de Privacidade da EMBRAER PREV, disponível no portal institucional <https://www.embraerprev.com.br/>

X. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____, ____ de _____ de 20 ____

Nome do Requerente

Assinatura do Requerente

Campo a ser preenchido pela EMBRAER PREV

Data do recebimento dos documentos ____ / _____ / 20 ____ .

Data de Início de Benefício – DIB: ____ / _____ / 20 ____ .

Recebido por:

Assinatura da EMBRAER PREV