EMBRAER PREV

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO DE APOSENTADORIA POR INVALIDEZ

I. DADOS PESSOAIS

Nome: _____

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

Data de Nascimento: ___ / ___/ _____ Sexo: F ( ) M ( ) Estado Civil: _____

Cônjuge:_____

End. Residencial: _____Bairro: _____

Cidade/Estado: _____ CEP: _____

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

E-mail: _____

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

Especificar cargo/função ocupada _____

Data da Admissão: ___ / ___ / _____ Data de Inscrição no Plano: ___ /___ / _____

Data de Desligamento: ___ /___ /_____

II. DADOS BANCÁRIOS

Nome do Banco: _____Nº do Banco:_____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

Local da Agência: _____

III. BENEFÍCIO REQUERIDO

( ) Aposentadoria por Invalidez – condições mínimas requeridas: a) concessão da Aposentadoria por Invalidez pela Previdência Social Oficial, conforme art. 35 do Regulamento do Plano Embraer Prev; b) 12 (doze) contribuições normais ao Plano, conforme o art. 35, § 1º c/c art. 29 do Regulamento, exceto para os casos em que o Benefício de Aposentadoria por Invalidez aprovado pela Previdência Oficial seja decorrente de acidente pessoal.

Declaro que preencho os requisitos de elegibilidade para o recebimento do benefício de Aposentadoria por Invalidez, conforme previsão constante do art. 35 do Regulamento do Plano Embraer Prev e, para o deferimento do benefício, apresento nesta oportunidade documento emitido pela Previdência Social e, se necessários, demais documentos que atestam a minha condição de saúde.

Em observância à Lei nº 13.709/2018 ("Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais"), autorizo a EMBRAER PREV a realizar o tratamento dos meus dados pessoais, incluindo dados pessoais sensíveis relacionados à minha saúde, constantes nos documentos emitidos pela Previdência Social e outros, utilizando tais informações tão somente para os fins lícitos e previstos neste requerimento de Aposentadoria por Invalidez e para a execução do contrato previdenciário celebrado.

IV. FORMA DE RECEBIMENTO DO BENEFÍCIO

O Participante deverá optar por uma das formas de recebimento abaixo:

A. ( ) Pagamento mensal de 0,5 % (meio por cento) do saldo da conta total do Participante na data do cálculo do benefício, reajustado mensalmente de acordo com a variação da cota;

ou

B. ( ) Pagamento mensal por período de 240 (duzentos e quarenta meses), com a transformação do saldo da conta total em número constante de cotas, sendo o benefício reajustado mensalmente pela variação da cota.

V. 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 a obtenção do benefício de aposentadoria por invalidez.

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

VI. 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.

VII. RELAÇAO DE BENEFICIÁRIO(S) E DEPENDENTES

Inscrever 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).

C) Relação de Dependentes para Imposto de Renda

Os Assistidos do Plano Embraer Prev poderão incluir seus dependentes para dedução no cálculo do imposto de renda sobre os seus benefícios, exclusivamente por meio do portal www.embraerprev.com.br, no Menu "Minha Conta", opção "Meu Cadastro", clicando em "Novo" e escolhendo o tipo "Dependente – Imposto de Renda".

Em caso de indicação de beneficiários ou dependentes 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. OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- Conforme artigo 36 do Regulamento do Plano Embraer Prev, quando da concessão de Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez, não será facultado o saque à vista de percentual do saldo de Conta Identificada de Benefício – CIB, e não se observará a faculdade de pagamento único em caso de o valor do benefício ficar inferior de 1 (uma) Unidade de Referência do Plano (URP).

IX. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

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

• Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento para cada beneficiário;

• Cópia de documento emitido pela Previdência Social Oficial que comprove a concessão da Aposentadoria por Invalidez;

• Em caso de invalidez concedida antes do período de carência de 12 (doze) Contribuições Normais ao Plano, Cópia de documento que comprove que a invalidez foi decorrente de acidente pessoal;

• Cópia de comprovante bancário (talão de cheque, extrato, etc.);

• Cópia do CPF e RG.

O Requerimento de Benefício devidamente assinado, juntamente com a documentação necessária, deverá ser enviado para a EMBRAER PREV, no seguinte endereço: Rua Euclides Miragaia, 145, Sala 1405 - Edifício Helbor Downtown - Centro - CEP 12.245-820 - São José dos Campos - SP

X. 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 estar ciente de que, para todos os efeitos, só será devido o pagamento de Benefício na forma de Renda mensal, a partir da data da homologação pela Entidade desse requerimento de benefício, e esta será considerada como a Data de Início de Benefício – DIB.

Declaro estar ciente que, alternativamente à solicitação desse benefício, poderia me manter na condição de Participante Autopatrocinado no Plano, em face da perda de minha remuneração na Patrocinadora.

Declaro também que tenho ciência de que o recebimento do benefício da Renda de Aposentadoria por Invalidez ocorrerá enquanto houver saldo suficiente na Conta Individual de Benefício – CIB, e, em caso de extinção deste, a minha inscrição no Plano Embraer Prev será automaticamente cancelada, cessando todos os meus direitos e obrigações para com o Plano.

Declaro ainda que caso haja o cancelamento pela Previdência Social Oficial da concessão de meu benefício de invalidez e o retorno à atividade na Patrocinadora, deverei comunicar formalmente e imediatamente o fato à EMBRAER PREV, quando então será cancelada a Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez e se dará o retorno à condição de Participante do Plano.

Em caso de não retorno à atividade na Patrocinadora após o cancelamento do benefício de Invalidez pela Previdência Social Oficial, e, consequentemente à condição de Participante do Plano, a minha Renda Mensal de Aposentadoria por Invalidez será cancelada e, em decorrência, terei a possibilidade de optar pelos Institutos, conforme consta no Capítulo IV do Regulamento do Plano.

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/

XI. ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____ , ___ de_____ de 20 ___ _____

Assinatura do Participante

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