

## I. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão/UF: \_\_\_\_\_ Data de Expedição: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Cônjuge: \_\_\_\_\_

End. Residencial: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Tel. Residencial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Comercial: ( ) \_\_\_\_\_ Tel. Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Pessoa Politicamente exposta (\*):

Não ( )

Sim ( ) Especificar cargo/função ocupada \_\_\_\_\_

(\*) vide conceito no Glossário disponível no portal da EMBRAER PREV

Data de Admissão: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data de Inscrição no Plano: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Data de Desligamento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Salário de Participação (mensal): R\$ \_\_\_\_\_

## II. CONDIÇÕES PARA REALIZAR A OPÇÃO PELO AUTOPATROCÍNIO

Poderá optar pelo Autopatrocínio, o Participante que:

- Cessar o vínculo empregatício com a Patrocinadora em consequência da perda total de sua remuneração; ou
- Perder parcialmente a remuneração recebida pela Patrocinadora; ou
- Estiver em gozo de auxílio-doença, auxílio-reclusão ou salário-maternidade; ou
- Aposentar-se por invalidez pela previdência social oficial, desde que não requeira o benefício de Aposentadoria por Invalidez pelo Plano.

## III. OPÇÃO PELO AUTOPATROCÍNIO

Tendo em vista o artigo 16 do Regulamento do Plano Embraer Prev, opto pelo Autopatrocínio, na forma que vier a ser estipulado pela Entidade, e declaro estar ciente das minhas obrigações quanto à responsabilidade de recolher mensalmente as contribuições de Participante e de Patrocinadora, inclusive as contribuições mensais destinadas às despesas administrativas.

## IV. ALTERAÇÃO DO VALOR DE CONTRIBUIÇÃO NORMAL MENSAL

Dada a faculdade que me é oferecida, solicito alterar o valor de minha contribuição total mensal para: Valor total mensal de contribuição de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso), observando que o valor mínimo deverá ser de R\$ 254,04<sup>(1)</sup>.

<sup>(1)</sup> corresponde à 3% (três por cento) de 10 (dez) URP - Unidade de Referência do Plano, que a partir de 01/05/2022 equivale a R\$ 423,39, esclarecendo que esse valor considera a contribuição do Participante (R\$ 127,02) e a que seria de responsabilidade da Patrocinadora (R\$ 127,02), ressalvando-se que as contribuições realizadas ao Plano pelo Participante nesta condição serão entendidas, em qualquer situação, como contribuições do Participante.

## V. DECLARAÇÃO

Declaro que estou ciente que o Regulamento do Plano, em seu artigo 10, faculta ao Participante, observadas as normas estabelecidas no Regulamento, a opção pelos institutos do Resgate, Autopatrocínio, Benefício Proporcional Diferido e Portabilidade.

Opto pelo instituto do Autopatrocínio e declaro estar ciente de que:

1. deverei manter o valor de minha contribuição normal e o da Patrocinadora, observando as regras contributivas previstas no Regulamento deste Plano;
2. os valores das minhas contribuições deverão ser recolhidos à Entidade na forma por esta estipulada até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao de competência, sob pena de ser enquadrado nas disposições constantes do artigo 55 do mencionado Regulamento, que trata das penalidades no caso de inadimplência;
3. a EMBRAER PREV disponibiliza opção pelo débito automático em conta corrente do Banco do Brasil das contribuições mensais de autopatrocínio, a qual poderá ser por mim exercida, através de formulário de autorização;
4. com a inadimplência de 2 (dois) meses consecutivos, do recolhimento das contribuições nas datas devidas após trâmites de comunicação e cobrança, terei até 30 (trinta) dias para regularizar meus débitos ou optar pelo instituto do Resgate, da Portabilidade ou do Benefício Proporcional Diferido, sendo que, caso não mantenha vínculo empregatício com a patrocinadora, terei presumida a alteração de minha situação no plano para a de Participante em Benefício Proporcional Diferido. Na impossibilidade de tal presunção, perderei a qualidade de participante do Plano Embraer Prev;
5. quando ocorrerem atualizações anuais do valor da URP, estou ciente e de acordo com a alteração do valor de minha contribuição total mensal de autopatrocínio para o seu valor mínimo, na medida em que me enquadre nesta condição;
6. a opção pelo Autopatrocínio não impede o posterior exercício de opção pelo Resgate, Portabilidade ou Benefício Proporcional Diferido;
7. 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/>

## VI. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido, datado, assinado e enviado para a EMBRAER PREV, juntamente com a seguinte documentação:

- Cópia da rescisão do contrato de trabalho assinada e homologada pelo sindicato, exceto nos casos de manutenção do vínculo empregatício com perda parcial ou total de remuneração recebida da Patrocinadora.

## VII. 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 \_\_\_\_ .

Recebido por:

Assinatura da EMBRAER PREV