

## 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 PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO

Dada a faculdade que me é oferecida, solicito alterar o percentual de contribuição normal anteriormente escolhido por mim, conforme abaixo:

A. ( ) Salários iguais ou inferiores a 10 UR<sup>P</sup>:

- \_\_\_\_\_ % (de 1% a 3%) ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) do Salário de Participação.

B. ( ) Salários superiores a 10 UR<sup>P</sup>:

- 3% (três por cento) do Salário de Participação sobre a parcela inferior ou igual a 10 UR<sup>P</sup> (fixo de 3%);

mais

- \_\_\_\_\_ % (entre zero e 8%) ( \_\_\_\_\_ ) (por extenso) do Salário de Participação sobre a parcela que exceder 10 UR<sup>P</sup>.

(<sup>1</sup>)UR<sup>P</sup> - Unidade de Referência do Plano: valor equivalente a R\$ 376,45 em 01/05/2021, atualizado pela variação do INPC no mês de maio de cada ano, de acordo com o artigo 31 do Regulamento do Plano Embraer Prev.

## 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 e 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 variações do meu salário de participação ou da Unidade de Referência do Plano, e que estas ocasionarem alteração da faixa em que me encontro, os percentuais de contribuição serão adequados automaticamente para os mesmos níveis que vinha contribuindo ao Plano, e caso isso não seja possível, aos limites definidos em cada faixa salarial;
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