

## I. DADOS PESSOAIS

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

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

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. CONDIÇÕES PARA REALIZAR A OPÇÃO PELO BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO

- Cessação do vínculo empregatício com a Patrocinadora;
- Não ter adquirido o direito ao benefício de Renda Programada;
- Não estar em gozo de benefício pelo Plano.

## III. 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 Benefício Proporcional Diferido (BPD), mantendo minha participação no Plano com a cessação de minhas contribuições normais realizadas para o Plano Embraer Prev, bem como àquelas realizadas pela Patrocinadora, sendo-me facultado realizar contribuições extraordinárias, sem contrapartida da Patrocinadora, para melhoria do Benefício.

Declaro estar ciente que será deduzido mensalmente do meu saldo de contas, o valor correspondente aos custos das despesas administrativas.

Declaro que preencho os requisitos necessários para realizar a opção pelo Benefício Proporcional e tenho ciência de que a opção por este instituto não impede o posterior exercício pelo Resgate ou Portabilidade.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento de que poderei requerer a aposentadoria decorrente da opção pelo Benefício Proporcional Diferido, a partir da data em que completar 55 (cinquenta e cinco) anos de idade e 10 (dez) anos de contribuição ou 60 (sessenta) anos de idade e 5 (cinco) anos de contribuição, nos termos do artigo 33, inciso I, do Regulamento do Plano.

Tenho conhecimento de que, de acordo com o § 1º do art. 19, o número de meses de vinculação ao Plano, decorridos entre a opção pelo BPD e a data de requerimento do Benefício de Renda Mensal de Aposentadoria Programada, também será contado como tempo de Contribuição Normal para fins das Carências.

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.

## X. 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