

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome					Nº Matrícula	
CPF	Nascimento	Estado Civil	Sexo	Telefone para contato	Residência Fiscal no Brasil	
	___/___/___		<input type="checkbox"/> F. <input type="checkbox"/> M.		() Sim () Não	
Endereço Residencial					Bairro	
Cidade					Estado	CEP
Banco	Nº do Banco	Agência	Conta Corrente			

DADOS DO PROCURADOR / CURADOR / TUTOR (SE FOR O CASO)

Nome		RG	CPF
Endereço Residencial		Bairro	
Cidade		Estado	CEP

1) Opção por receber até 25% (vinte e cinco por cento) do saldo de conta total em pagamento único

Solicito receber em parcela única _____% (até 25%) do saldo de conta total remanescente em pagamento único.

DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

- Na hipótese de o percentual de até 25% do saldo de conta total remanescente por mim escolhido ensejar uma renda mensal inferior a 1 Unidade de Referência Syngenta (URS), a Syngenta Previ reduzirá automaticamente o percentual até que o saldo remanescente resulte em uma renda mensal de valor igual ou superior a 1 URS;
- Caso tenha optado por receber em parcela única um percentual inferior a 25% do saldo de conta total remanescente, poderei optar a qualquer momento por receber um percentual do referido saldo, desde que o percentual escolhido, adicionado aos anteriormente solicitados, não ultrapasse o limite máximo de 25%. Poderei efetuar esta opção até 5 vezes;
- A cada requerimento, o percentual por mim definido será aplicado sobre o saldo de conta total remanescente registrado na Syngenta Previ no último dia do mês anterior ao do respectivo requerimento;
- Após cada pagamento efetuado, relativamente ao percentual pago em parcela única, meu benefício mensal será recalculado de modo a considerar o valor do saldo de conta total remanescente;
- O pagamento e recálculo de meu benefício em razão da opção de recebimento de um percentual de até 25% do saldo de conta total remanescente ocorrerá no mês da solicitação perante a Syngenta Previ, desde que eu o tenha solicitado até o dia 10 do mês, ou no mês subsequente ao mês da solicitação quando requerido após o dia 10 do mês.

Este formulário deverá ser entregue na própria Syngenta Previ.

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante ou representante legal

PROTOCOLO

Recebido pela Syngenta Previ em:

___/___/___