

### PLANO DE BENEFÍCIOS PEPSICO – CNPB 20.040.020-18

#### IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE AUTOPATROCINADO:

Nome Completo:

CPF:  Matrícula na Prev Pepsico:

Endereço:

Número:  Complemento:  Bairro:

Cidade:  UF:  CEP:

Telefone com DDD:  E-mail:

Em função de minha condição de Participante Autopatrocinado no Plano de Benefícios Pepsico, administrado pela Prev Pepsico, declaro pleno conhecimento do Regulamento do Plano e manifesto minha decisão de desistência da condição de Participante Autopatrocinado, optando **por um** dos Institutos, abaixo assinalado:

**BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD):** Instituto que permite manter minha inscrição na qualidade de Participante Vinculado ao Plano de Benefícios Pepsico, tendo em vista já ter completado 3 anos de vinculação e ter cessado meu vínculo empregatício com a Patrocinadora antes de ser elegível a benefício de prestação continuada.

A opção por este Instituto interrompe o recolhimento de minhas contribuições ou aportes de qualquer natureza ao Plano de Benefícios Pepsico, exceto o pagamento das contribuições destinadas à cobertura de despesas administrativas que ocorrerá de acordo com o estabelecido no Regulamento.

O Benefício Proporcional Diferido poderá ser requerido por mim a partir dos 55 (cinquenta e cinco) anos de idade.

**Estou ciente que a opção pelo instituto do BPD, em caso de desistência, não impede minha posterior manifestação pelo Instituto do Resgate ou Portabilidade.**

**PORTABILIDADE:** Instituto que permite a transferência do meu direito acumulado no Plano de Benefícios Pepsico para outro plano de benefício de caráter previdenciário operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar plano de benefício de previdência, tendo em vista já ter completado 3 anos de vinculação, ter cessado meu vínculo empregatício com a patrocinadora e não estar recebendo benefício de prestação continuada pelo Plano.

**Estou ciente que a opção pela Portabilidade extingue todos os compromissos do Plano de Benefícios Pepsico em relação a minha pessoa e aos meus beneficiários, implicando a extinção de todos os direitos previstos no Plano e que devo completar as informações a seguir sobre a Entidade que receberá meus recursos portados.**

O Requerimento de Portabilidade encontra-se disponível no site: [www.prevpepsico.com.br](http://www.prevpepsico.com.br) - Acesso Rápido - O Plano - Formulários - Requerimento de Portabilidade. Deve ser enviado ao RH LOCAL em 3 vias com reconhecimento de firma da assinatura de participante e reconhecimento de firma das assinaturas da Entidade Receptora.

Declaro ainda estar ciente de que após o envio do Termo de Desistência assinalado com a opção pela Portabilidade e o Requerimento de Portabilidade, a Prev Pepsico encaminhará o Termo de Portabilidade.

**RESGATE:** Instituto que permite o recebimento do valor previsto para o Resgate no Regulamento do Plano de Benefícios Pepsico, tendo em vista ter cessado meu vínculo empregatício com a patrocinadora e não estar recebendo benefício de prestação continuada pelo plano. O recebimento do Resgate será efetuado de acordo com minha escolha entre:

**Parcela única**

\_\_\_\_ parcelas mensais consecutivas (máximo de 12 parcelas)

Observação:

**“O valor do Resgate está sujeito à incidência de Imposto de Renda conforme legislação em vigor na data do pagamento”.**

Autorizo que o valor apurado a título de Resgate seja depositado na conta de nº \_\_\_\_\_,

Agência (nome e número) \_\_\_\_\_, do Banco \_\_\_\_\_.

Anexar uma cópia comprovante de titularidade da conta bancária indicada.

**Estou ciente que a opção pelo Resgate extingue os compromissos do Plano de Benefícios Pepsico em relação a minha pessoa e de meus beneficiários, implicando a extinção de todos os direitos previstos no Plano.**

Local e data

Assinatura do participante

**PARA USO DA PREV PEPSICO**

Data do Recebimento:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Responsável pelo recebimento:

\_\_\_\_\_