

Nome:			
CPF:	Telefone Fijo:	Celular:	
Endereço:	CEP:		
Bairro:	Cidade:	UF:	
E-mail Pessoal:			

### OPTO PELO INSTITUTO ABAIXO INDICADO

**1) BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD):** Esta opção consiste na manutenção do seu vínculo ao Plano, como Participante Vinculado, até você completar a idade prevista para a elegibilidade ao Benefício de Aposentadoria Normal ou Aposentadoria Antecipada. Todas as contribuições ao Plano serão interrompidas e o recolhimento referente o custeio das despesas administrativas ocorrerá conforme sinalizado abaixo. Esta opção não impede posterior opção pela Portabilidade ou Resgate, conforme item 9.13 do Regulamento do Plano.

Quanto aos descontos referentes ao Custo Administrativo, autorizo:

- ( ) Efetuar o desconto da minha Reserva Matemática.  
( ) Farei pagamento mediante boleto bancário.  
( ) Farei o depósito na conta 13-00002-6 – Ag.2244 – Banco 033

**2) AUTOPATROCÍNIO:** Esta opção consiste na manutenção do seu vínculo ao Plano até a idade prevista para a elegibilidade ao Benefício de Aposentadoria, como Participante Autopatrocinado, mediante a realização de contribuições mensais correspondentes às suas contribuições e as que seriam feitas pela Patrocinadora, juntamente com a taxa da contribuição administrativa . Esta opção não impede posterior opção pela Portabilidade, Resgate ou Benefício Proporcional Diferido.

Faço opção pela contribuição \_\_\_\_\_% (entre 1% e 5%) sobre meu ultimo salário de participação recebido como colaborador da Reckitt Benckiser (-8 URC) a título de autopatrocínio, com reajuste no mês de junho e na mesma proporção do dissídio coletivo, e \_\_\_\_\_% de contribuição adicional sobre o salário de participação, assumindo cumulativamente as contribuições de participante e patrocinadora (Normal e Suplementar), conforme regulamentado no item 9.11.

**3) PORTABILIDADE:** Antes de decidir para qual instituição será portado o recurso, atentar se a entidade receptora está com seus sistemas de informatização preparados para obedecer ao artigo 14 da Lei Complementar nº 109/2001, ou seja, que a devolução da reserva será efetuada pelo prazo mínimo de 180 meses ou renda vitalícia. Item 9.5 do Regulamento do Plano.

#### Dados para portabilidade dos recursos

Razão Social da Entidade Receptora:			
Endereço da Entidade Receptora:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	
Nome do Plano Receptora:			
Registro do Participante no Plano:	Data de Adesão:		
Número do CNPJ do Plano Receptora:			
Número de registro na SUSEP ou número de Cadastro no CNPB:			
Regime de Tributação: ( ) Regressivo ( ) Progressivo			

#### Dados bancários do Plano Receptor:

Banco:	Nº da Agência:	Nº da Conta:	
--------	----------------	--------------	--

**4) RESGATE:** Venho, pelo presente termo, optar pelo resgate do valor correspondente ao saldo de conta disponível conforme previsto no item 9.1.1 do Regulamento do Plano, exceto os valores da conta portabilidade provenientes de entidade fechada de Previdência Complementar, quando for o caso. Estou ciente da alteração da Lei nº 11.053/2005, em vigor desde 11/01/24 e tenho conhecimento que a minha escolha é **irretratável**. Assim, opto por receber o resgate pela:

Quanto aos descontos referentes ao Custo Administrativo, autorizo:

(  ) Tabela Regressiva      (  ) Tabela Progressiva

Para depósito em conta bancária, preencha as informações abaixo:

Banco: \_\_\_\_\_ Nº da Agência: \_\_\_\_\_ Nº da Conta: \_\_\_\_\_

Declaro que conheço e aceito as regras e condições estabelecidas no Regulamento do Plano de Benefícios II da ReckittPrev, especialmente no Capítulo IX, seções I, II, III e IV, que tratam das opções acima, e que quaisquer alterações que ocorram nesse Regulamento serão a mim aplicáveis, comprometendo-me a respeitá-las e cumpri-las integralmente.

**Importante:** o presente Termo de Opção deverá ser entregue na ReckittPrev até \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, data limite (60 dias) para indicação da opção por um dos institutos acima descritos.

**A Reckittprev realiza o tratamento de dados pessoais em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do empregado