

FORMULÁRIO DE PAGAMENTO PELO 10º ANIVERSÁRIO DE APOSENTADORIA

Nome: _____ Matrícula: _____

Endereço Completo: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ Tel. Residencial: _____

Tel. Celular: _____ E-mail: _____

Declaro estar ciente que, de acordo com o Regulamento do Plano de Contribuição Definida da IBM Brasil, possuo mais de 10 anos de recebimento de benefício mensal de aposentadoria, podendo tomar as decisões conforme descrito abaixo:

1) Após 10 anos de aposentadoria não será aplicável o limite máximo de 2% para recebimento da renda mensal (8.7.2.6).

2) A renda mensal poderá ser alterada duas vezes ao ano, nos meses de junho e dezembro, para começar a vigorar no mês subsequente, não podendo o seu valor ser inferior a 0,1% nem superior a 2% do saldo (8.7.2.2).

3) Após 10 anos de aposentadoria poderá receber o saldo de conta total ou parcial remanescente (8.7.2.7).

4) A solicitação a que se refere ao item 3 deverá ser efetuada, por escrito, definindo o valor ou percentual do Saldo de Conta Total remanescente que deseja receber, com no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência (8.7.2.9).

() Percentual de retirada mensal de _____ %. (Itens 1 e 2)

() Valor de retirada mensal de R\$ _____. (Itens 1 e 2)

() Saque Saldo Remanescente de _____ (R\$ ou %). (Itens 3 e 4)

Afirmo ainda estar ciente de que esta opção só será processada após o recebimento do formulário original encaminhado ao endereço constante no rodapé deste documento.

Os formulários recebidos até o último dia útil do mês terão seu processamento efetuado no mês subsequente.

Obs.: Caso a escolha seja por alteração de renda e este formulário seja recebido fora do período de campanha (Junho e Dezembro), esta informação será desconsiderada sem aviso prévio. Somente a solicitação de pagamento total ou parcial do saldo (item 4) será considerada fora destas datas.

Para mais informações sobre nosso Termo de Uso e Política de Privacidade, acesse: https://fundacaoibm.com.br/pdf/TERMOS_DE_USO.pdf

Local/Data

Assinatura do(a) Aposentado(a)

Encaminhar o documento digitalizado via e-mail para fpibm@sinqia.com.br e a via original pelos Correios para o endereço abaixo:

Rua Bela Cintra, 755 – 7º andar - São Paulo - SP

A/C Gerência de Operações SP/ Sinqia Previdência

Observação: Por medidas de segurança, o documento enviado digitalizado deve ser protegido por senha.

*Confidencial quando preenchido