

Unisys Previ Entidade de Previdência Complementar

Rua do Passeio nº38 -Torre 2 - 15ºandar- Parte

Cep 20021-290 - Rio de Janeiro - RJ – Brasil

unisys.previ@br.unisys.com

Tel's (21) 3900 7845

(21) 3900 7844

**TERMO DE OPÇÃO PELO BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO
(BPD), AUTOPATROCÍNIO, PORTABILIDADE OU RESGATE**

Declaro que por ocasião do término do meu vínculo empregatício, fui devidamente esclarecido pela Unisys Previ Entidade de Previdência Complementar sobre as opções oferecidas pelo Regulamento do Plano de Benefícios Unisys Brasil Ltda. (Regulamento do Plano), no que se refere ao **BENEFÍCIO PROPORCIONAL DIFERIDO (BPD), AUTOPATROCÍNIO, PORTABILIDADE e RESGATE**.

Declaro, ainda, ter recebido da Unisys Previ, extrato contendo as informações exigidas pela legislação e que no prazo de até 60 dias, a contar do recebimento deste extrato, terei que exercer a minha opção, conforme faculdade prevista no item 10.1 do Regulamento do Plano.

Nestes termos, e considerando o disposto no Capítulo 10 do Regulamento do Plano, venho por meio deste instrumento particular manifestar a minha opção, como assinalada a seguir:

1.() Permanecer no Plano, na condição de Participante Vinculado, optando pelo **BPD**, observadas as condições previstas no item 10.5 e subitens do Regulamento do Plano, para receber em tempo futuro o benefício de Aposentadoria do Plano, por meio de requerimento, quando completar 55 anos de idade.

Caso seja de meu interesse, conforme faculdade prevista no Regulamento, poderei, antes de entrar em gozo de benefício de aposentadoria, optar posteriormente pelo **AUTOPATROCÍNIO** para aumentar o meu saldo de Conta de Contribuição de Participante, nos termos do item 10.3 e subitens, pela **PORTABILIDADE** do montante correspondente ao direito acumulado, nos termos dos itens 10.4.2.1 e 10.4.2.2, se aplicável, ou pelo **RESGATE**, cujos valores serão apurados nos termos dos itens 10.6.2.2 e 10.6.2.3, se aplicável, do Regulamento do Plano

2.() Permanecer vinculado ao Plano até a data do preenchimento das condições de elegibilidade ao benefício de Aposentadoria, na condição de Participante **AUTOPATROCINADO**, efetuando, nesse caso, além das Contribuições de minha responsabilidade, as Contribuições que seriam feitas pela Patrocinadora.

Esta opção, observadas as respectivas condições previstas no Regulamento do Plano, não impede a posterior opção pelo **BPD, RESGATE ou PORTABILIDADE**

;

3.() **PORTAR**, para outro plano de benefícios operado por entidade de previdência complementar ou sociedade seguradora autorizada a operar planos de benefícios de previdência complementar, o montante correspondente ao direito acumulado, nos termos dos itens 10.4.2.1 e 10.4.2.2, se aplicável, observando-se o disposto no item 10.4.2.3 do Regulamento do Plano.

Sendo esta a minha opção, tenho a informar em relação a entidade que administra o plano de benefícios receptor:

Nome da entidade: _____

Endereço completo: _____

CNPJ da entidade: _____

Nome do plano de benefícios receptor: _____

Código Susep ou CNPB _____

Banco/Agência/Conta Corrente da entidade receptora: _____

Nome do responsável para contato: _____

Valor a ser objeto de Portabilidade: _____

Desta forma, com base nas informações por mim apresentadas, tenho ciência de que num prazo máximo de cinco dias úteis, a contar da data do protocolo deste Termo de Opção ou do envio das informações necessárias para a confecção do Termo de Portabilidade, a Unisys Previ Entidade de Previdência Complementar elaborará o referido **Termo de Portabilidade** e encaminhará à respectiva entidade de destino. Quando se tratar de portabilidade para entidade aberta de previdência complementar ou sociedade seguradora, o Termo será a mim encaminhado

4. () Receber o valor previsto no **RESGATE**, calculado na data do Término do Vínculo Empregatício, nos termos dos itens 10.6.2.2 e 10.6.2.3, caso aplicável, na seguinte forma:

() Pagamento Único; (com possibilidade de diferimento em até 90 dias) ou

() Em _____ parcelas mensais e consecutivas (máximo de 12 parcelas).

DADOS BANCÁRIOS:

4.1. Com base no disposto na Lei nº 11.053/2004, alterada pela Lei 14.803/2024, informo a seguir a minha opção pelo regime de tributação para recebimento do valor correspondente ao Resgate:

() Regime de tributação pela tabela **progressiva** do imposto de renda, conforme condições estabelecidas na legislação vigente e tabela a seguir:

BASE DE CÁLCULO (R\$)	ALÍQUOTA	DEDUZIR
Até R\$ 2.259,20	Isenta	-
De R\$ 2.259,21 a 2.826,65	7,5%	169,44
De 2.826,66 até 3.751,05	15,0%	381,44
De 3.751,06 a 4.664,68	22,5%	662,77
Acima de 4.664,68	27,5%	896,00

- () Regime de tributação baseado na tabela do imposto de renda com alíquotas **regressivas**, em função do prazo de acumulação dos recursos, conforme o art. 1º da Lei 11.053/2004 (tabela abaixo).

PRAZO DE ACUMULAÇÃO DOS RECURSOS	ALÍQUOTA
Até 2 anos	35%
Acima de 2 até 4 anos	30%
Acima de 4 até 6 anos	25%
Acima de 6 até 8 anos	20%
Acima de 8 até 10 anos	15%
Acima de 10 anos	10%

Por ser a expressão da minha livre vontade, firmo o presente termo, para a produção dos seus efeitos legais.

Local e data.

Assinatura do participante:

Nome:

CPF:

Email:

Telefone: