

Formulário de alteração de benefício CIBA

1. Dados do participante

Matrícula:		CPF:			
Nome Completo:					
Data de Nascimento:		Estado Civil:			
Endereço:					
Bairro:		Cidade:		UF:	
CEP:		Telefone:			
E-mail:					

2. Alteração do % de benefício

De acordo com o item 9.44.6. do Regulamento do Plano de Aposentadoria BASF, a forma de pagamento do benefício de renda mensal, deve observar o limite entre 0% (zero por cento) a 1,5% (um vírgula cinco por cento) do Saldo de Conta Aplicável remanescente. A alteração do percentual ou do valor do benefício, passará a vigorar no exercício seguinte a solicitação.

Sendo assim, desejo alterar a forma atual de recebimento do meu Benefício para _____% (por cento) do saldo remanescente da minha Conta Total de Participante.

Declaração/Autorização:

1. Declaro estar ciente de que o pagamento do meu benefício deverá encerrar-se por ocasião do esgotamento do saldo de Conta de Participante, quando então se extinguirão definitivamente todas as obrigações da BASF Sociedade de Previdência Complementar em relação a minha condição de Participante.
2. Autorizo, desde logo, de forma unilateral, espontânea e irrevogável, que o pagamento do benefício seja efetuado mediante o depósito bancário do respectivo valor em minha conta corrente ou conta salário, ainda que seja conta corrente conjunta o que dará a quitação da parcela ou do total do benefício.
3. Comprometo-me, sempre que solicitado, ou quando ocorrer alguma alteração em meus dados cadastrais prestados, tais como: endereço, domicílio bancário, dependentes para fins de Imposto de Renda, alteração de estado civil, a informar à BASF Sociedade de Previdência Complementar. Adicionalmente, comprometo-me a prestar todos e quaisquer dados necessários para a comprovação da elegibilidade e/ou para a manutenção do benefício, estando ciente que a falta do cumprimento desta exigência, poderá resultar na demora da

concessão ou na suspensão do benefício, até seu completo atendimento, conforme determina o Regulamento do Plano de Aposentadoria BASF.

4. Para concessão e manutenção do benefício, é indispensável o envio do seu atestado de vida. A BASF se compromete a coletar e tratar tal documentação de acordo com a Lei 13.709 de 2018.
5. Este documento é firmado físico ou eletronicamente, sendo este último através da plataforma Adobe Sign e Adobe, com ou sem a utilização de certificado digital emitido no padrão estabelecido pela ICP-Brasil, reputando-se plenamente válido, em todo o seu conteúdo, a partir da aposição da última assinatura, informação essa que será reconhecida pelas partes em sua integridade e autenticidade, garantidas por sistema de criptografia, em conformidade com o artigo 10, § 2, da Medida Provisória 2200-2/2001 bem como legislação superveniente. Os signatários declaram ser os legítimos representantes das Partes e possuir poderes para firmar este Contrato.
6. O(A) Participante tem ciência e autoriza o uso de seus dados pessoais, em concordância com Lei 13.853/2019 -Lei Geral de Proteção de Dados. A coleta de dados será realizada via autoatendimento, e-mail, formulários e o que já consta em nosso banco de dados, e tem por finalidade possibilitar as operações junto a BASF Previdência, para fins estatísticos e gerenciais internamente, envio de mensagens SMS/e-mail/WhatsApp, obrigações legais, fornecedores e bancos. Os dados ficarão arquivados em meios digitais e físicos, sendo utilizados ou somente guardados - Servidor BASF, Software TrustPrev, por tempo previsto em legislação vigente.
7. Importante ressaltar que no caso do envio do formulário via físico, em cumprimento a Lei de proteção de dados, solicitamos que o documento seja enviado de uma forma rastreável.

Local**Data****Assinatura**

BASF Sociedade de Previdência Complementar (GBW/PBH-P1 Prédio C 110 - 1 andar),
Av. Angelo Demarchi, 123, Demarchi, 09844-900, São Bernardo do Campo – SP
Tel.: +55 0800 773 2303 (Opção 5) / Whatsapp: 11 99970-7610.
E-mail/Skype: previdencia.complementar@basf.com