

Nota para PREVCUMMINS: Utilizar esse formulário para assistidos (inclusive pensionistas, que podem fazer opções individuais), que já estavam em gozo de benefício em 10/01/2024, desde que sendo tributados pelo regime progressivo, e queiram migrar para o regime regressivo.

Nome:			
RG:	CPF:	Matrícula/RE:	
WWID:	Data de Nascimento:	Estado Civil:	
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	UF:	CEP:
E-mail:	Telefone:	Celular:	
Empresa Patrocinadora:			

Ciente das diferenças entre os regimes progressivo e regressivo de tributação do imposto de renda da pessoa física, ao assinar este termo, OPTO POR CANCELAR A ESCOLHA FEITA ANTERIORMENTE, em razão da qual me encontrava no regime progressivo de tributação, PASSANDO A SUBMETER-ME AO REGIME REGRESSIVO DE TRIBUTAÇÃO, em caráter irrevogável, ciente de que os valores dos meus benefícios ou resgate estarão sujeitos à incidência do imposto de renda exclusivo na fonte, sem compensação na declaração de ajuste anual, com alíquotas decrescentes de acordo com o prazo de acumulação de cada contribuição, considerando o tempo decorrido entre o aporte ao plano e o pagamento dos benefícios ou resgates, conforme tabela abaixo:

Prazo de acumulação de cada contribuição realizada	Alíquota do IR na fonte
0 – 2 anos	35%
2 – 4 anos	30%
4 – 6 anos	25%
6 – 8 anos	20%
8 – 10 anos	15%
Acima de 10 anos	10%

DECLARO, ainda, estar ciente:

- das regras dos dois regimes de tributação possíveis para os benefícios e resgates, contidas na Lei 11.053/2004 e suas alterações, em especial as decorrentes da Lei 14.803/2024, as quais compreendi, estando ciente das consequências da escolha que ora formalizo;
- de que, nos termos da Lei 14.803/2024, o cancelamento da escolha anterior e formalização de nova opção tributária, aqui formalizados, só terão validade se eu tiver aderido ao plano e entrado em gozo de benefício até 10/01/2024, sendo o presente termo automaticamente nulo, caso eu não me enquadre nessas condições;
- de que a efetivação da opção tributária ora formalizada estará sujeita à validação pela Precvummins, que verificará o cumprimento dos requisitos previstos na legislação aplicável e tomará as providências necessárias para o cálculo da alíquota a ser aplicada sobre o meu benefício, de acordo com as regras estabelecidas nas normas em vigor.

_____, ____ de _____ de _____
Local e data

Assinatura

PROTOCOLO (Para uso exclusivo da Precvummins)

Recebido pela Entidade em: _____

Precvummins – Sociedade de Previdência Privada