



FICHA DE INSCRIÇÃO - PLANO DE BENEFÍCIOS II

Patrocinador (empresa)					
Data de Admissão		Lotação	Cargo		Função
Nome completo			Matrícula		CPF
Sexo	Data de nascimento		Estado civil	Naturalidade/UF	Nacionalidade
Documento de Identidade		Órgão expedidor		Data da expedição	
Nome da Mãe					
Nome do Pai					
Nome do cônjuge ou companheira(o)					
Endereço completo					
Logradouro:					Nº
Complemento:					Bairro:
Cidade:				UF:	CEP:
E-mail:			E-mail Alternativo:		
Telefone Celular: ()		Telefone Residencial: ()		Telefone Comercial: ()	

Anexar cópia do CPF , Documento de Identidade e certidão de casamento ou de união estável.

BENEFICIÁRIOS

(Preenher os campos abaixo somente se optar em aderir ao Plano)

Pensão - Renda mensal paga aos beneficiários inscritos pelo participante/assistido e reconhecidos pela Previdência Social, em caso de falecimento de participante/assistido, conforme Regulamento.

Pecúlio - Valor a ser disponibilizado de uma só vez ao beneficiário indicado, no caso de falecimento de participante/assistido, conforme Regulamento.

Nome	Beneficiário para:	Parentesco	Invalído (S/N)	Data Nascimento	Sexo
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				

OPÇÃO PELA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

De acordo com o disposto no Regulamento do Plano de Benefícios II solicito minha inscrição no Plano de Benefícios II e autorizo que seja procedido o desconto mensal na folha de Pagamento do percentual abaixo informado, a ser calculado sobre o meu salário de participação:

1% 2% 3% 4% 5% 6% 7% 7,5% _____%

a partir de _____ (mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

a partir de _____ (mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

a partir de _____ (mês/ano) solicito alterar o percentual para _____ %

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Pessoa Politicamente Exposta - Aquela que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, bem como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

não estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.

estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.

Declaro ter recebido da FAECES, os documentos abaixo, conforme determina a legislação em vigor:

. Cópia do Estatuto, Regulamento do Plano de Benefícios II, Material Explicativo (Sumário do Regulamento) e Certificado do Participante.

Estou ciente dos dados aqui informados, utilizados pela FAECES para cumprimento de obrigação legal ou regulatória da Entidade, para execução do contrato de previdência ou para atender aos interesses legítimos da FAECES, conforme estabelecido na Lei 13.709 de 13 de agosto de 2018 e estou de acordo com essa utilização.

DECLARAÇÃO DE NÃO ADESÃO

DECLARO que recebi a presente oferta de inscrição no Plano de Benefícios II administrado pela Fundação Assistencial dos Empregados da Cesan - FAECES e que no momento não desejo inscrever-me como participante do referido Plano. Tenho conhecimento de que se não houver mudanças na legislação, posso aderir a qualquer momento.

ASSINATURA

Local: _____

Data: ____/____/____

Deferimento FAECES:

Assinatura do participante: _____