

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: ()	

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	Inválido (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 CAPITAL PREV, 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 CAPITAL PREV para cumprimento de obrigação legal ou regulatória da Entidade, para execução do contrato de previdência ou para atender aos interesses legítimos da CAPITAL PREV, 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 Capital Previdência e Saúde - CAPITAL PREV 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 e data: _____, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Deferimento CAPITAL PREV: