

TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS CDPrev

Termo Individual de Inscrição que entre si firmam a PREVIMINAS – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MINAS GERAIS e o Empregado da Patrocinadora PREVIMINAS, Fundação de Seguridade Social de MG, neste documento denominada Patrocinadora ou PREVIMINAS, conforme abaixo identificado:

Matricula Previminas nº	Matricula Patrocinadora nº
Nome do Empregado:	
CPF/MF nº	RG nº

1 – Em face do Plano de Benefícios CDPrev (CNPB nº 2011.0012-18), administrado pela PREVIMINAS – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MINAS GERAIS, neste instrumento denominada PREVIMINAS, o qual foi aprovado pelo Órgão Governamental competente, por meio da Portaria nº 297, de 10/06/2011, publicada no D.O.U. de 13/06/2011, venho manifestar, formalmente e de livre e espontânea vontade, meu interesse na inscrição ao referido Plano.

2 - Declaro que me foi disponibilizado o teor do Estatuto, Regulamento do CDPrev, bem como material explicativo referente ao Plano CDPrev.

3 – Declaro não possuir vinculação com qualquer outro plano de benefícios previdenciários patrocinado pela Patrocinadora PREVIMINAS.

4 – Estou ciente de que minha inscrição ao CDPrev, quando realizada após à admissão na Patrocinadora, implicará na minha condição de Participante do Plano e, por consequência, em concordar com as condições, obrigações e direitos referentes à condição, conforme disciplinado no Regulamento do Plano.

5 – Em decorrência da minha inscrição no Plano, estou ciente de que as regras de participação, contribuição, elegibilidades e do futuro valor de benefício que irei perceber estarão vinculadas às regras específicas do Plano CDPrev, conforme disciplinado no Regulamento do Plano.

6 – Estou ciente de que, a partir de minha inscrição no Plano, em caso de cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora, sem que tenham sido preenchidas as condições para recebimento dos benefícios assegurados pelo CDPrev, me será assegurada a opção por um dos institutos previstos na legislação vigente, obedecidas as regras definidas no Regulamento do Plano.

7 – Afirmo ter pleno conhecimento de que, em face de minha opção expressa neste instrumento, poderei inscrever meus respectivos Beneficiários, ou indicar os Beneficiários Designados, caso não possua Beneficiários, conforme informações prestadas no anexo deste instrumento, e que poderei proceder alterações ou novas inscrições em relação a estes, na forma disciplinada no Regulamento do Plano.

8 – Autorizo que seja procedido, enquanto na condição de Participante no CDPrev, o desconto na Folha de Pagamento da PREVIMINAS do valor de minhas contribuições normais e/ou

extraordinárias, conforme o caso e se houverem, em consonância com os ditames regulamentares do mencionado Plano, sendo que as contribuições normais obedecerão, inicialmente, o percentual por mim escolhido no anexo deste instrumento.

9 – Manifesto, também, considerando a exigência legal, a minha opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda, conforme consta do anexo deste instrumento, nas modalidades Regressiva ou Progressiva, ciente de todas as informações relativas ao tema, sendo também de meu conhecimento se tratar de opção irretratável, irrevogável e imutável.

10 – Confirmo expressamente que a opção exercida neste instrumento pela inscrição ao CDPrev é feita por minha livre e espontânea vontade.

Belo Horizonte, _____ de _____ de 20_____.

PARTICIPANTE

PREVIMINAS – FUNDAÇÃO DE SEGURIDADE SOCIAL DE MG

Cargo:

Nome:

CPF:

Testemunhas:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

**ANEXO AO TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO DE BENEFÍCIOS NOVO PLANO
PREVIMNAS
FICHA DE INSCRIÇÃO**

Matrícula Previminas:	Data de Inscrição: _____/_____/_____
------------------------------	---

1) DADOS PESSOAIS

Nome		Data de Nascimento _____/_____/_____	
Sexo	Idade	Nacionalidade	Naturalidade
CPF	RG	Emissor	Estado Civil
Nome do Pai		Nome da Mãe	
Endereço		Nº	Complemento
Bairro	CEP	Cidade	
Telefone Residência		Telefone Serviço e/ou Celular	
Email			

2) DADOS PROFISSIONAIS

Patrocinadora	Data de Admissão _____/_____/_____	
Matrícula na Empresa	Carteira Profissional	Série

3) DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 1	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 3	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 4	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

4) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADO(S) (Somente se não for preenchido o item anterior)

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento

5) CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Venho pelo presente, solicitar a minha inscrição no Plano e autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da Folha de Pagamento da Patrocinadora ou da forma determinada pela Previminas, correspondente ao percentual do meu salário efetivo, conforme opção abaixo registrada:

CONTRIBUIÇÃO NORMAL MENSAL INICIAL (%) _____ % (_____ POR CENTO) sobre o Salário Efetivo.

6) OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA

Tabela Progressiva

Tabela Regressiva

Pessoa politicamente exposta (SIM ou NÃO). Se a resposta for SIM, o Participante deverá preencher o formulário anexo.

7) DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido em três vias, datado, assinado e enviado para a área de Recursos Humanos/Benefícios da PREVIMINAS, juntamente com a seguinte documentação:

- ✓ Cópia da certidão de nascimento ou casamento do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento de cada beneficiário;
- ✓ Comprovante de residência do requerente;
- ✓ Cópia da Carteira de Trabalho onde conste a admissão na Patrocinadora; e
- ✓ Outros documentos que a Entidade ou a Patrocinadora acharem necessários.

O deferimento do pedido de inscrição, pela PREVIMINAS, dependerá da apresentação de todos os documentos exigidos.

Declaração:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a PREVIMINAS poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas.

Comprometo-me ainda, toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, a informar prontamente a PREVIMINAS.

8) ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante/Participante Fundador

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do PARTICIPANTE/PARTICIPANTE FUNDADOR

Campo a ser preenchido pela área de Recursos Humanos/Benefícios da PREVIMINAS

Data do recebimento dos documentos ____/____/20____.

Recebido por: (nome) _____ (assinatura) _____

Assinatura da PATROCINADORA

Campo a ser preenchido pela PREVIMINAS

Data do recebimento dos documentos ____/____/20____.

Recebido por: (nome) _____ (assinatura) _____

Assinatura da PREVIMINAS