

PLANO DE BENEFÍCIOS PREVER
TERMO DE ADESÃO

DEVOLUÇÃO OBRIGATÓRIA - PREENCHER EM LETRA DE FORMA

| | | | |
|---|-------------|---------------------|------------------------|
| NOME DO EMPREGADO _____ | | | |
| CARTEIRA DE IDENTIDADE RG Nº _____ | | CPF Nº: _____ | |
| ENDEREÇO: _____ | | | |
| PATROCINADOR _____ | LOCAL _____ | MATRICULA _____ | DATA DE ADMISSÃO _____ |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO (Pessoal /Profissional) _____ | | | |
| TELFONE CELULAR _____ | | TELEFONE FIXO _____ | |

Já foi participante da Fapers: Sim Não

SOLICITO MINHA INSCRIÇÃO no **Plano de Benefícios Prever**, e declaro que:

Estou ciente dos direitos e obrigações previstos no Estatuto e no Regulamento do Plano de Benefícios , diponíveis no endereço <https://fapers.org.br/new-portal/plano-prever/>.

Autorizo o Patrocinador a descontar da minha folha de salários, a título de Contribuição Normal, o valor mensal correspondente a _____% do meu salário de participação, apurado a cada mês, de acordo com o artigo 53 do Regulamento do Plano de Benefícios Prever.

Estou ciente que o percentual escolhido deverá ser o mesmo estabelecido no Inciso I do artigo 54 do Regulamento do Plano de Benefícios Prever, conforme o seguinte critério: Mínimo de 3,5% (três vírgula cinco por cento) até atingir o limite máximo de 15% (quinze por cento).

Se por qualquer motivo não for efetuado o desconto das contribuições na folha de salário, autorizo a Fundação a debitar da minha conta de depósito do salário mensal o valor correspondente a Contribuição Normal.

Estou ciente que a “Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda”, poderá ser exercida até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate conforme os termos do § 6º do art. 1º da Lei 14.803/2024. A opção é irrevogável e não poderá ser alterada posteriormente.

Declaro, para fins do atendimento às exigências à Instrução Normativa PREVIC nº 34/2020 que:

Estou enquadrado(a) como "pessoa exposta politicamente"

Não estou enquadrado(a) como "pessoa exposta politicamente"

Considera-se exposta politicamente a pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como funções relevantes em organizações internacionais (Ex.: Governador, secretários de Estados, deputados estaduais, presidentes ou equivalente de administração pública, os prefeitos, os vereadores, os secretários municipais, os presidentes, ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os presidentes de Tribunais de Contas ou equivalentes dos municípios, entre outros cargos.)

Declaro estar ciente de que os meus dados pessoais fornecidos, coletados e tratados pela FAPERS são essenciais e necessários para a execução do serviço previdenciário complementar, sem que isso represente qualquer violação ao meu direito de privacidade e sigilo, ao qual voluntariamente aderi, estando a Entidade autorizada ao uso, desde que dentro de tal finalidade e demais imposições legais, por força do artigo 7º, inciso V, e artigo 14º da Lei nº 13.709/2018

Declaro estar ciente de que possuo a faculdade de revogar a autorização ou consentimento para o uso e tratamento de meus dados pessoais à FAPERS, no entanto, nessa hipótese estarei sujeito à suspensão ou desligamento do Plano de Benefícios de Previdência Complementar administrado por essa Entidade.

Declaro, ainda, para os fins de direito, sob as penas da lei, que as informações acima prestadas são verdadeiras, autênticas e atualizadas.

Autorizo ainda, especificamente, na qualidade de pai/mãe ou responsável legal, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes eventualmente inscritos como beneficiários no plano previdencial

Para todos os efeitos legais a condição de participante vigorará a partir da data de homologação deste Termo de Adesão pela Fapers.



Para todos os fins de direito, responsabilizo-me pela veracidade das informações aqui prestadas, comprometendo-me a respeitar e observar o Estatuto, o Regulamento do Plano de Benefícios, as normas estabelecidas pela Legislação vigente e aquelas que vierem a ser instituídas, bem como manter atualizados meus dados e de meus beneficiários ora informados no quadro a seguir:

| Beneficiário | Parentesco | Data Nasc. | Sexo | CPF |
|--------------|------------|------------|------|-----|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data

Assinatura do Empregado

Indicação (em caso de campanha):

Nome completo e e-mail