

PLANO DE BENEFÍCIOS PREVER
TERMO DE ADEÇÃO CONVENCIONAL
DEVOLUÇÃO OBRIGATÓRIA

DADOS PESSOAIS:

Nome do Participante:

CPF:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

CEP:

E-mail Pessoal:

Celular:

DADOS PROFISSIONAIS:

Matrícula Ascar:

Data de Admissão:

Cidade de lotação:

E-mail Profissional:

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, disponíveis 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 irretratável e não poderá ser alterada posteriormente.

Declaro, para fins do atendimento à Resolução Conselho de Controle de Atividades Financeiras-Coaf nº 40 de 22/11/2021 que:

☐ Não sou Pessoa Exposta Politicamente e não tenho relação com Pessoa Exposta Politicamente.

☐ Sim, sou Pessoa Exposta Politicamente ou tenho relação com Pessoa Exposta Politicamente, como assinalado abaixo:

☐ PRÓPRIO(A) PARTICIPANTE ☐ PARENTE ATÉ 2º GRAU*

Considera-se Pessoa Exposta Politicamente quem exerce ou exerceu nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, algum cargo, emprego ou função pública relevante (Ex.: Governador, secretários de Estados, deputados estaduais, presidentes ou equivalente de administração pública, prefeitos, vereadores, secretários municipais, presidentes ou equivalentes, de entidades da administração pública indireta municipal e os presidentes de Tribunais de Contas ou equivalentes dos municípios, entre outros cargos) ou se tem, nessas condições, familiares na linha direta, até segundo grau *(companheiro(a), enteado(a) ou cônjuge).

☐ 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 FAPERS 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, no entanto, nessa hipótese estarei sujeito à suspensão ou desligamento do Plano de Benefícios Prever 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 Prever.

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 Prever, 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

Local e Data

_____, _____ de _____ de _____

Assinatura do Participante

Você poderá preencher o formulário e efetuar a assinatura pela [plataforma gov.br](http://plataforma.gov.br), ou outra assinatura digital válida, e encaminhar via e-mail para fapers@fapers.org.br, ficando dispensado o envio do documento físico.

Caso não tenha nenhuma assinatura digital válida, preencha o formulário, digitalize e encaminhe por e-mail para fapers@fapers.org.br e, após, envie o documento físico por malote **ou** via correio para o endereço abaixo:

Caixa Postal da Fapers nº 6508 - AGF São Jorge - CEP: 90650-970

Indicação (preencha em caso de campanha):

Nome completo e E-mail

V 02/26