**Requerimento de Inscrição**

**Plano de Benefícios**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Informações Pessoais**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | **Data de Nascimento:** | |
| **Nacionalidade:** | | | **CPF:** | | | |
| **Estado Civil:** | | | | **Sexo:**  **Masculino  Feminino** | | |
| **Filiação Mãe:** | | | | | | |
| **Nome Cônjuge/Companheiro(a):** | | | | | | |
| **Endereço Residencial:** | | | | | | |
| **Bairro:** | **Cidade / UF:** | | | | | **CEP:** |
| **E-mail:** | | | | **Tel. Celular/Residencial:** | | |
| **Banco:** | **Agência:** | **N° da Conta:** | | | | **Tipo de conta:**  **Corrente  Poupança** |

1. **Informações Profissionais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome Patrocinadora:** | **Matrícula:** | **Data Admissão:** |

1. **Declaração de Tempo de Serviço Anterior**

Relacionar as empresas para as quais já trabalhou antes do Patrocinador, inclusive período militar, recolhimentos efetuados como autônomo e outras atividades cujo tempo de serviço seja reconhecido pelo INSS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Empresas** | **Data Admissão** | **Data Demissão** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Beneficiários**

Indicação de cônjuge, companheiro(a),filhos estudantes até 24 anos, filhos inválidos, enteados, outros.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  **Completo** | **CPF do beneficiário** | **Data de Nascimento** | **Sexo**  **M ou F** | **Parentesco** | **Inválido S ou N** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Contribuição Previdenciária**

Percentuais de contribuição que incidirão sobre o Salário de Participação - SP.

**IMPORTANTE: Preencha os dois campos de percentuais.**

* \_\_\_\_% - Percentual de 1% a 15%, para incidir sobre a 1ª faixa do meu SP que vai até 10 URP´s (Unidade de Referência Previnorte); e
* \_\_\_\_% - Percentual de 5% a 15%, para incidir sobre a 2ª faixa do meu SP que excede 10 URP´s (Unidade de Referência Previnorte).

Autorizo o desconto mensal, em minha folha de pagamento, da Contribuição Previdenciária prevista no Regulamento de Benefícios, de acordo com os percentuais aqui definidos.

1. **Declaração de Saúde**

|  |  |
| --- | --- |
| **Questionário:** | **Responda Sim ou Não** |
| Possui alguma(s) doença(s) crônica? Se sim, qual? |  |
| Considera-se em boas condições de saúde? |  |

1. **Pessoa Politicamente Exposta**

Nos termos do Art. 15 da IN Previc 34/2020, Pessoa Politicamente Exposta (PPE) corresponde à pessoa que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. ([IN Previc 34/2020](https://www.in.gov.br/web/dou/-/instrucao-normativa-previc-n-34-de-28-de-outubro-de-2020-285633819))

**Não sou pessoa politicamente exposta e não tenho relação com pessoa politicamente exposta.**

**Sou pessoa politicamente exposta e/ou tenho relação com pessoa politicamente exposta.**

Se tem relação com pessoa politicamente exposta, qual é o vínculo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Opção Pelo Regime de Tributação**

De acordo com o art. 1°, §6° da [Lei 11.503 de 29 de dezembro de 2004](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/l11053.htm), o participante deve optar por um regime de tributação do Imposto de Renda, conforme a seguir:

|  |  |
| --- | --- |
| **Tabela Progressiva** | **Tabela Regressiva** |

Declaro que tive acesso às informações necessárias para optar por um dos regimes de tributação de Imposto de Renda e estou ciente que a opção é irrevogável e irretratável, mesmo na hipótese de portabilidade, nos termos da legislação em vigor. Estou ciente que poderei exercer minha opção até o último dia útil do mês subsequente ao ingresso no plano, e que a ausência de manifestação acarretará meu enquadramento automático no Regime de Tributação Progressiva.

1. **LGPD**

* A Previnorte realiza o tratamento dos dados pessoais de seus participantes, assistidos e beneficiários em observância às disposições da Lei 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”). Neste sentido, declaro que tive ciência do Aviso de Privacidade e da Política de Governança e Proteção de Dados da Previnorte, no site, e autorizo o tratamento dos meus dados pessoais para possibilitar as operações relativas à gestão do contrato previdenciário, para fins estatísticos e gerenciais, obrigações legais, legítimo interesse e o que mais for necessário, tudo de acordo com a legislação vigente.
* Me comprometo a comunicar qualquer alteração nos dados declarados.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | , |  | de |  | de |  |

*Cidade dia mês ano*

**(assinatura do participante)**

**I M P O R T A N T E!**

1. Assine este documento de forma eletrônica, por meio de certificado digital ou plataforma de assinatura eletrônica e envie para [relacionamento@previnorte.com.br](mailto:relacionamento@previnorte.com.br);
2. Também é possível imprimir, assinar e digitalizar o documento para envio no e-mail acima.