**Requerimento de Inscrição**

**Plano de Benefícios PrevInova**

**Informações Pessoais**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** | | | | | **Data de Nascimento:** | |
| **Naturalidade** | | | **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** |

AUTORIZO a utilização de meus dados pessoais cadastrados junto ao meu empregador para fins de cadastro ao plano contratado, bem como para atualização das minhas informações na Previnorte.

**Informações Profissionais**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome Patrocinadora:**  Centrais Elétricas do Norte do Brasil S/A - Eletronorte | **Matrícula:** | **Data Admissão:** |

**Beneficiários**

Declaro, a seguir, os beneficiários para fins de Benefício de Pensão por Morte em caso de meu falecimento, conforme previsto no regulamento do Plano de Benefícios:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome**  **Completo** | **CPF do beneficiário** | **Data de Nascimento** | **Sexo**  **M / F** | **Parentesco** | **Inválido?**  **S/N?** | **Percentual em caso de óbito** |
|  |  |  |  |  |  | **%** |
|  |  |  |  |  |  | **%** |
|  |  |  |  |  |  | **%** |

**Beneficiários menores:**

EM CASO DE BENEFICIÁRIOS MENORES: Declaro ser responsável legal do beneficiário indicado, nos termos no art. 14, §1º, da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), responsabilizando-me pela veracidade, integridade e legitimidade das informações prestadas. Estou ciente que a manifestação contrária superveniente do menor, nos termos da lei, implicará cancelamento do plano, conforme previsão do regulamento. Na hipótese de não ser o responsável legal do dependente/designado acima indicado, comprometo-me a entregar junto a este documento, o Termo de Consentimento de Tratamento de Dados Pessoais devidamente assinado pelo responsável deste.

**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.

**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?

**Proteção de Dados Pessoais**

A Previnorte, em decorrência da presente inscrição no Plano contratado, coleta dados pessoais do participante, visando a execução do contrato de adesão ao plano de benefícios.

* Quando aplicável e necessário para o cumprimento da finalidade descrita acima, os dados pessoais coletados neste documento poderão ser compartilhados com fornecedores, autoridades que atuem em nome da entidade e com as patrocinadoras do plano.
* O Participante poderá acessar as informações sobre o tratamento de seus dados pessoais no âmbito da Previnorte por meio do Aviso de Privacidade em [www.previnorte.com.br](https://previnorte.com.br/)
* Mediante requerimento, o titular de dados ou o responsável legal do beneficiário menor, poderá exercer os direitos regulados pelo art. 18 da Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD (Lei nº 13.709/2018), a exemplo da confirmação da existência de tratamento, acesso aos dados e correção de dados inexatos.
* Me comprometo a comunicar qualquer alteração nos dados declarados.

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

*Cidade dia mês ano*

**(assinatura)**

**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.