



Fundo Multipatrocinado de Previdência Complementar Santa Catarina - FUMPRESC

TERMO DE ADESÃO AO PLANO FloripaPrev

DADOS DO PLANO E INFORMAÇÕES NA PATROCINADORA

PLANO:	PATROCINADORA:	MATRÍCULA NA PATROCINADORA:	TEL COMERCIAL
LOCAL DE TRABALHO:	SETOR/DEPARTAMENTO:	INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:	

DADOS PESSOAIS

NOME COMPLETO:		CPF:			
ENDEREÇO RESIDENCIAL:					
N°:	CASA/APTO/BLOCO:	BAIRRO:	CIDADE:	CEP:	UF:
E-MAIL (PESSOAL/COMERCIAL):					
TELEFONE:	TELEFONE:	NACIONALIDADE:			

NA CONDIÇÃO DE EMPREGADO DA EMPRESA PATROCINADORA, AUTORIZO A PATROCINADORA A DESCONTAR DE MEU SALÁRIO AS CONTRIBUIÇÕES CONFORME MINHA OPÇÃO ABAIXO ASSINALADA. DECLARO ESTAR CIENTE E CONCORDAR, APÓS LIDO E COMPREENDIDO, COM TODOS OS DIREITOS E OBRIGAÇÕES PREVISTOS NO ESTATUTO E NO REGULAMENTO DO PLANO ACIMA IDENTIFICADO, DOS QUAIS RECEBO UM EXEMPLAR DIGITAL DO REGULAMENTO, CERTIFICADO DE PARTICIPANTE E MATERIAL EXPLICATIVO.

OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO

AUTORIZO A PATROCINADORA A EFETUAR OS DESCONTOS MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO RELATIVOS ÀS CONTRIBUIÇÕES, BEM COMO TRANSFERIR O VALOR AO FUMPRESC. OPTO POR UM PERCENTUAL LIVREMENTE ESCOLHIDO INCIDENTE SOBRE O SALÁRIO DE PARTICIPAÇÃO, A TÍTULO DE CONTRIBUIÇÃO NORMAL, OBSERVADO O DISPOSTO NO ART. 16 DO REGULAMENTO DO PLANO FloripaPrev: PERCENTUAL COMPREENDIDO ENTRE 3,5% E 8,5% DO SALÁRIO DE PARTICIPAÇÃO, COM INTERVALOS MÍNIMOS DE 0,5%. NESTE ATO OPTO PELO PERCENTUAL DE _____ %.

CONCORDO E DELEGO AO FUMPRESC, A CONTRATAÇÃO DA PARCELA ADICIONAL DE RISCO, CONFORME PREVISTO NO CAPÍTULO VIII DO REGULAMENTO DO PLANO FloripaPrev, JUNTO A UMA SOCIEDADE SEGURADORA, PARA COMPLEMENTAR SEU BENEFÍCIO, EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE OU DE MORTE.

ENQUADRAMENTO COMO PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

É CONSIDERADA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA O AGENTE PÚBLICO (DEPUTADO, SENADOR, PROCURADOR DA REPÚBLICA, MINISTRO DE ESTADO, MEMBRO DO STF), SEUS FAMILIARES (PARENTES, NA LINHA DIRETA, ATÉ PRIMEIRO GRAU, CÔNJUGE, COMPANHEIRO/A, ENTEADO/A), REPRESENTANTES E ESTREITOS COLABORADORES QUE DESEMPENHAM OU TENHAM DESEMPENHADO, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, NO BRASIL OU EXTERIOR, CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE.

VOCÊ SE ENQUADRA NA CONDIÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA? () SIM () NÃO

DECLARO, PARA OS FINS DE QUE TRATA A INSTRUÇÃO Nº 18, DE 24/12/2014 DA PREVIC, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO A EXPRESSÃO DA VERDADE, PELAS QUAIS ME RESPONSABILIZO QUANTO A VERACIDADE E EXATIDÃO.

AVISO DE TRANSPARÊNCIA

OS DADOS PESSOAIS INFORMADOS NESTE FORMULÁRIO PODERÃO SER COMPARTILHADOS COM TERCEIROS PARA REALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELO FUMPRESC PARA A EXECUÇÃO DE SUAS ATIVIDADES E NAS DEMAIS SITUAÇÕES PREVISTAS NA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS – LGPD (LEI Nº 13.709/2018). O FUMPRESC UTILIZARÁ OS DADOS DE CONTATO INFORMADOS PARA COMUNICAR SOBRE ATIVIDADES DA ENTIDADE E INFORMAÇÕES RELATIVAS AO PLANO DE BENEFÍCIOS.

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

