

TERMO DE ADESÃO

A – Identificação do Participante

| | | | | |
|----------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|
| Nome | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| CPF | RG | Naturalidade | Nacionalidade | Sexo |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | () Feminino () Masculino |
| Data de Nascimento | Estado Civil | Nome do Cônjuge | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Filiação (Mãe) | | Filiação (Pai) | | |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> | | |
| Endereço (rua, n.º, complemento) | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Bairro | Município | | UF | CEP |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| E-mail | Tel. Residencial | | Celular | Tel. Comercial |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Vínculo com a Associação Brasileira de Educadores Financeiros – ABEFIN

- () Associado efetivo pessoa física.
Associado vinculado:
- () Cônjuge, filho, neto ou dependente econômico de associado efetivo pessoa física. De quem?
Nome _____ CPF _____
Empresa/Instituição _____
- () Empregado ou dirigente de associado efetivo pessoa jurídica. De qual empresa/instituição?
Empresa/Instituição _____

B – Dados Bancários

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| Banco (n.º e nome) | Agência (n.º) | C/C |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

C – Contribuição Normal

É a contribuição mensal obrigatória realizada pelo participante, observado o mínimo de R\$ 50,00. Pode ser alterada a qualquer tempo.

Valor R\$

D – Contribuição de Risco

_____ Capital segurado (até R\$ 200 mil) _____ Prêmio mensal

É a contribuição mensal facultativa realizada pelo participante ou assistido para cobertura de risco de morte ou invalidez permanente total, por doença ou por acidente. Veja a tabela de capital segurado x prêmio mensal e preencha a proposta específica de contratação da parcela adicional de risco no site www.abefin.org.br/abefinprev.

E – Relação de beneficiários

(Art. 6º do Regulamento: Consideram-se beneficiários quaisquer pessoas físicas livremente indicadas pelo participante para receber a Pensão por Morte.)

| Nome | CPF | Data de Nascimento | Parentesco | % |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Declaro estar ciente de que, na falta de indicação de percentual, o valor da Pensão por Morte será rateado em partes iguais. E que, não havendo Beneficiários inscritos, o saldo da conta total será pago aos herdeiros do Participante ou Assistido na forma da legislação.

F – Regime de Tributação

Opto pelo regime de tributação regressivo previsto no art. 1º da Lei n.º 11.053, de 29/12/2004, aplicável no pagamento de Benefício ou Resgate. A Tabela Regressiva tributa seus recebimentos do plano com alíquotas que vão de 35% a 10%, conforme o prazo de acumulação dos recursos. Caso não seja feita opção, automaticamente o participante terá o seu plano regido pelo regime progressivo. O regime progressivo é o mesmo considerado no cálculo do Imposto de Renda enquanto o participante estiver ativo na empresa mantenedora. Estou ciente que esta opção é **irretratável**.

SIM NÃO

| TABELA REGRESSIVA | |
|---------------------|-------------------------|
| Prazo de acumulação | Alíquota de IR na fonte |
| Até 2 anos | 35% |
| De 2 a 4 anos | 30% |
| De 4 a 6 anos | 25% |
| De 6 a 8 anos | 20% |
| De 8 a 10 anos | 15% |
| Mais de 10 anos | 10% |

G – Pessoa Politicamente Exposta (Preenchimento Obrigatório)

Conforme o disposto na Resolução COAF n.º 16, de 28/03/2007, enquadram-se na situação de **pessoa politicamente exposta**: o agente público 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 seus representantes, familiares (na linha direta, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras: os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; os ocupantes de cargo do Poder Executivo da União: de ministro de Estado ou equiparado, de natureza especial ou equivalente, de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista e do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes; os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado. **Você é pessoa politicamente exposta?**

SIM NÃO

Declaro que o presente Termo de Adesão ao plano ABEFINPREV – Plano de Benefícios ABEFIN –, cujas condições do Regulamento do referido plano me foram disponibilizadas e aceitas, contém dados cadastrais atualizados por mim, pelos quais me responsabilizo.

Firmo o presente por livre e espontânea vontade e autorizo a MUTUOPREV, administradora do plano ABEFINPREV, a proceder aos descontos mensais das contribuições normais, de risco e voluntárias, na forma assinalada com um "x" entre as opções abaixo:

Conta Corrente Santander Boleto Bancário

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

(Em caso de participante menor de 18 anos, assinatura do responsável identificado no item A.)

Assinatura do requerente/responsável

Para uso da MUTUOPREV:

| Representante Mutuoprev | Gerência de Arrecadação e Cadastro | Diretor de Benefícios (homologação) |
|--------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| Data: ____ / ____ / ____ | Data: ____ / ____ / ____ | Data: ____ / ____ / ____ |
| Ass. e Carimbo: _____ | Gerente: _____ | Dir. de Benefícios: _____ |

Salve este formulário em seu computador, preencha, imprima e assine. Encaminhe uma cópia para o e-mail contato@abefinprev.com.br. Em breve confirmaremos sua inscrição.