

FICHA DE INSCRIÇÃO - PLANO



Campos reservados ao preenchimento da Fundação Libertas

CNPB DO PLANO 2018.0020-74	MATRÍCULA DO PARTICIPANTE
-------------------------------	---------------------------

DADOS DO INSTITUIDOR E ASSOCIADO

NOME INSTITUIDOR Sindicato dos Servidores da Tributação, Fiscalização e Arrecadação do Estado de Minas Gerais - SINFFAZFISCO	CNPJ DO INSTITUIDOR 08.171.193/0001-55
---	---

NOME DO ASSOCIADO (pessoa física que possui vínculo com o Instituidor)	CPF DO ASSOCIADO
--	------------------

DADOS DO PARTICIPANTE

NOME CIVIL ¹	NOME SOCIAL ²
-------------------------	--------------------------

1 - Nome civil: nome atribuído à pessoa física, considerado desde seu nascimento, e durante toda a sua existência, que o identifica.
2 - Nome social: nome pelo qual pessoas transexuais, travestis ou qualquer outro gênero se identifica e é socialmente reconhecida (Decreto nº 8.727/2016).

CPF	SEXO	IDENTIDADE DE GÊNERO (Decreto nº 8.727/2016). <input type="radio"/> Travesti <input type="radio"/> Transexual feminino <input type="radio"/> Transexual masculino <input type="radio"/> Não se aplica
-----	------	--

Nº IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA EXPEDIÇÃO	PARENTESCO COM O ASSOCIADO
---------------	-----------------	----------------	----------------------------

DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
-----------------	--------------	---------------

ESTADO CIVIL	NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A)
--------------	----------------------------------

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
-------------	-------------

CEP	LOGRADOURO	NÚMERO
-----	------------	--------

COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE/ESTADO
-------------	--------	---------------

TELEFONE 1 ()	TELEFONE 2 ()	E-MAIL 1
-------------------	-------------------	----------

E-MAIL 2	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL (Deixar em branco caso não tenha)
----------	---

REPRESENTANTE LEGAL (em caso de participante menor de idade, curatelado ou tutelado)	CPF
--	-----

INDIQUE OS BENEFICIÁRIOS (pessoas físicas indicadas para receber benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante)

NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO ³
NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO ³
NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO ³
NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO ³

3 - No caso de indicação de mais de um beneficiário, deverá informar o percentual que caberá a cada um pra fins de recebimento de benefício por morte ou valores decorrentes do falecimento do participante. Caso o percentual não seja indicado, o rateio será feito pela Entidade em partes iguais entre os beneficiários inscritos no Plano.

ESCOLHA A IDADE PARA RECEBER O BENEFÍCIO PROGRAMADO

IDADE PARA BENEFÍCIO PROGRAMADO ⁴	ANOS
--	------

4 - A idade mínima informada deve ser a atual somada a elegibilidade de 24 meses previstas no Regulamento do Plano.

Código	FO-024/19	Versão	000	Vigente:	22/08/2019
Elaboração: GETEI	Validação: Gerência Previdencial / Gerência Cadastro		Aprovação: Gerência Cadastro		

ESCOLHA AS CONTRIBUIÇÕES**CONTRIBUIÇÃO OBRIGATÓRIA DO PARTICIPANTE**

CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

R\$

CONTRIBUIÇÃO PARA COBERTURA DE RISCO ADICIONAL

O VocêPrev oferece Cobertura de Risco Adicional, destinada ao recebimento do benefício na ocorrência de invalidez ou de morte de participante, por meio de seguradora contratada. A cobertura é individual e facultativa e implica, obrigatoriamente, no pagamento mensal da contribuição de risco definidas pela seguradora, previstas na Apólice/Contrato do Seguro a ser firmado e, ainda, de acordo com o preenchimento da Proposta de Adesão e Declaração Pessoal de Saúde da Seguradora.

CONTRATAR COBERTURA DE RISCO ADICIONAL?

 Sim Não

RISCO A SER CONTRATADO

 Invalidez Morte Ambos**FORMAS DE DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO – ESCOLHA UMA** Boleto Bancário Débito em conta

Débito em conta: dados da conta bancária (para opção débito em conta somente para correntistas do Banco do Brasil. Preencher formulário de autorização)

Banco Agência - Conta -
Titular da conta CPF

FORMA DE TRIBUTAÇÃO PARA IMPOSTO DE RENDA ⁵ Progressiva Regressiva

5 - Em caso de não indicação do regime de tributação, considera-se "progressivo" em cumprimento a Lei 11.053/2004.

INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE PARA ATENDER A LEGISLAÇÃO**PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA** (Instrução PREVIC nº 18/2014) Não Sim. Necessário formalizar em modelo específico - Declaração Pessoa Politicamente Exposta/ site da Libertas

Conceito: 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 (parentes da linha direta até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

RELACIONAMENTO COM OS ESTADOS UNIDOS - US PERSON/ FACTA (Instrução Normativa RFB nº 1571, de 02/07/2015) Não Sim. Necessário formalizar em modelo específico - Declaração de Relacionamento com os EUA/ site Libertas

Conceito: caracterizam-se como US PERSON as pessoas que tenham:

- Cidadania norte-americana, incluindo os detentores de dupla nacionalidade e passaporte norte-americano, ainda que residam fora dos Estados Unidos;
- Residência fiscal nos EUA, ou seja, que possuam Green Card e que possa se tornar um residente permanente legal;
- Presença física nos Estados Unidos para fins tributários por pelo menos: 31 dias durante o ano corrente ou 183 dias nos últimos 3 anos.

IDENTIFICAÇÃO DE CONTAS FINANCEIRAS (PAISES ADERENTES AO CRS) (Instrução Normativa RFB nº 1.680/16)

Possui conta financeira mantida em país diferente da sua residência fiscal? (local registrado junto às autoridades fiscais, onde o contribuinte presta informações tributárias para fins de arrecadação e recolhimento de impostos).

 Não Sim

Indique qual o país: _____

Conceito: a Instrução normativa da Receita Federal, dispõe sobre a obrigatoriedade da identificação e reporte de contas financeiras de pessoas físicas com residência fiscal em qualquer país aderente ao CRS- Common Reporting Standard (troca automática de informação fiscal).

Em conformidade com a legislação, a Fundação Libertas adotará o procedimento de identificação para os participantes do plano de benefício, caso o país indicado seja aderente ao CRS, sendo necessário o preenchimento posterior de formulário específico para este fim.

Código

FO-024/19

Versão

000

Vigente:

22/08/2019

Elaboração: GETEI

Validação: Gerência Previdencial / Gerência Cadastro

Aprovação: Gerência Cadastro

DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento do Regulamento do VocêPrev disponível no site da Fundação Libertas. Estou ciente que assinatura da inscrição, concretiza a efetivação da minha entrada no Plano, bem como dos meus beneficiários indicados, comprometendo-me a informar à Fundação Libertas qualquer alteração ocorrida nas informações aqui prestadas em até 30 (trinta) dias de sua ocorrência, sob pena de me responsabilizar pelos danos causados ao Plano decorrentes das informações não prestadas tempestivamente.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a Fundação Libertas poderá, a qualquer momento, exigir a comprovação das informações ora prestadas, bem como utilizar e tratar as informações de dados pessoais, inclusive de meios digitais, para fins de operacionalização e de gestão do plano.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante/Representante Legal

Assinatura do titular da conta para débito

Documentação obrigatória na inscrição (participantes e beneficiários)

- Cópia da carteira de identidade e do CPF, cópia da certidão de casamento, cópia de certidão de nascimento, cópia de documento que comprove a representação legal (se for o caso) e comprovante de endereço.

- **Formulário de autorização de débito em conta ou desconto em folha, caso tenha feito uma destas opções.**

USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

DATA DA INSCRIÇÃO

RECEBIDO E CONFERIDO EM

RESPONSÁVEL ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL SETOR CADASTRO

Código	FO-024/19	Versão	000	Vigente:	22/08/2019
Elaboração:	GETEI	Validação:	Gerência Previdencial / Gerência Cadastro	Aprovação:	Gerência Cadastro