

TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO NO PLANO CODEMIGPrev

Termo Individual de Inscrição que entre si firmam a **FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL**, na qualidade de administradora do PLANO CODEMIGPrev, ora designada FUNDAÇÃO, e o empregado ou dirigente da **COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MINAS GERAIS - CODEMIG**, na condição de Patrocinadora, conforme abaixo identificado:

Matrícula na Patrocinadora n.º:	
Nome do Empregado:	
CPF/MF n.º	RG n.º

1 - Em face da Estratégia Previdencial adotada pela COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MINAS GERAIS - CODEMIG, neste Instrumento denominada de Patrocinadora, e considerando a criação do PLANO CODEMIGPrev (CNPB n.º 2013.0016-65), administrado pela FUNDAÇÃO e patrocinado pela CODEMIG, o qual foi aprovado pelo Órgão Governamental competente, por meio da Portaria n.º 519, de 1/10/2013, publicada no D.O.U. em 1º/10/2013, venho manifestar, na condição de empregado ou dirigente da Patrocinadora, formalmente e de livre e espontânea vontade, meu interesse na inscrição no PLANO CODEMIGPrev.

2 - Declaro que me foi disponibilizado o Regulamento do PLANO CODEMIGPrev, bem como material explicativo referente a este, por meio do sítio eletrônico da FUNDAÇÃO (www.fundacaolibertas.com.br), pelo que declaro, voluntariamente, ainda, ter ciência do inteiro teor desses documentos, não havendo nada a reclamar.

3 – Declaro, neste ato, não possuir vinculação com qualquer outro PLANO de Benefícios Previdencial patrocinado pela COMPANHIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO DE MINAS GERAIS - CODEMIG.

4 - Estou ciente que minha inscrição no PLANO CODEMIGPrev, quando realizada durante o Período de Inscrição, implicará na minha condição de Participante naquele PLANO e, por via de consequência, aceito as condições, as obrigações e os direitos referentes a esta condição, conforme disciplinado no Regulamento do PLANO.

5 - Em decorrência da minha inscrição no PLANO CODEMIGPrev, estou ciente de que, a partir da Data Efetiva, as regras de participação, contribuição, elegibilidades e do futuro valor do benefício que irei perceber, estarão vinculadas às regras específicas do PLANO CODEMIGPrev, conforme disciplinado no Regulamento do PLANO.

6 - Estou ciente que, a partir da Data Efetiva, em caso de Suspensão do meu Contrato de Trabalho com a Patrocinadora, poderei optar pela condição de Participante Autoprocínio no PLANO CODEMIGPrev, cujas regras encontram-se dispostas no Regulamento do PLANO.

7 – Estou ciente que, a partir da Data Efetiva, em caso de cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora, sem que tenham sido preenchidas as condições para recebimento dos benefícios contemplados pelo PLANO CODEMIGPrev, ser-me-á

assegurada a opção por um dos Institutos, previstos na legislação vigente, assim como, caso haja a perda parcial ou total de minha remuneração, independente do motivo, ser-me-á facultada a opção pelo Autopatrocínio, total ou parcial, conforme for o caso, obedecidas as regras definidas no Regulamento do PLANO.

8 – Afirmando, oportunamente, ter pleno conhecimento de que, em face de minha opção expressa neste Instrumento, poderei inscrever meus respectivos Beneficiários ou indicar os Beneficiários Designados, na ausência de Beneficiários, conforme informações prestadas no anexo deste Instrumento, e que poderei proceder alterações ou novas inscrições em relação a estes, a partir da Data Efetiva, na forma disciplinada no Regulamento do PLANO.

9 - Autorizo que seja procedido, enquanto estiver na condição de Participante do PLANO CODEMIGPrev, o desconto na Folha de Pagamento da CODEMIG, do valor de minhas contribuições normais, conforme o caso e se houverem, em consonância com os ditames regulamentares do mencionado PLANO, sendo que as contribuições normais obedecerão, inicialmente, o percentual por mim escolhido, no anexo deste Instrumento, até a data da próxima revisão de percentual, conforme disciplinado do Regulamento do PLANO.

10 - Manifesto, também, considerando a exigência legal, a minha opção pelo Regime de Tributação de Imposto de Renda, conforme consta do anexo deste Instrumento, nas modalidades Regressiva ou Progressiva, sendo de meu conhecimento se tratar de opção irrevogável, irrevogável e imutável.

11 – Confirmando, expressamente, que a opção exercida neste Instrumento pela inscrição ao PLANO CODEMIGPrev é feita por minha livre e espontânea vontade.

12 – Declaro pleno conhecimento de que, caso haja cessação do meu vínculo empregatício com a Patrocinadora ou o meu falecimento, durante o Período de Inscrição, este Termo será considerado nulo, para todos os efeitos e fins de direito, não tendo qualquer direito ou obrigação sobre o PLANO CODEMIGPrev.

13 - Declaro pleno conhecimento de que no PLANO CODEMIGPrev não há garantia de vitaliciedade no pagamento do benefício, por se tratar de um PLANO estruturado na modalidade de Contribuição Definida – CD.

14 – Declaro, por fim, que todas as informações prestadas neste Instrumento, bem como aquelas constantes do anexo são verdadeiras, comprometendo-me a informar à FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL quaisquer modificações ocorridas, a partir da Data Efetiva, em até 30 (trinta) dias do evento modificador de tais informações, juntando os documentos comprobatórios por ela exigidos, pelo que declaro, também, estar ciente e concordar com o disposto no Estatuto da FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL, o qual me foi inteiramente disponibilizado, via Internet (www.fundacaolibertas.com.br).

15 - O presente Termo Individual de Inscrição, após subscrito, tem caráter irrevogável e irretratável, produzindo efeitos a partir da Data Efetiva, obrigando-se as partes, seus herdeiros e seus sucessores, aos termos contidos no presente Instrumento.

E, por estarem desta forma, justos e acordados, assinam o presente Instrumento, em 2 (duas) vias, de igual forma e teor, para um só efeito legal, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Belo Horizonte - MG, ____ de _____ de 20____.

PARTICIPANTE

FUNDAÇÃO LIBERTAS DE SEGURIDADE SOCIAL

Cargo:

Nome:

CPF:

RG:

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:

RG:

2) _____

Nome:

CPF:

RG:

ANEXO AO TERMO INDIVIDUAL DE INSCRIÇÃO AO PLANO CODEMIGPrev

FICHA DE INSCRIÇÃO

Número da Matrícula	Data de Inscrição ____/____/____
Participante	

1) DADOS PESSOAIS

Nome			Data de Nascimento		
Sexo	Idade	Nacionalidade	Naturalidade		
CPF	RG	Emissor	Estado Civil		
E-mail					
Endereço Completo			UF	CEP	Telefone Residencial/Celular (DDD+número)
Nome do Pai			Nome da Mãe		
Nome do Banco	Nº do Banco	Agência	Conta Corrente		

2) DADOS PROFISSIONAIS

Patrocinadora	Situação no Plano	Data de Admissão
Cargo/Função	Carteira Profissional	Série
Pessoa politicamente exposta (sim (*)/não): (* Se a resposta for sim, o Participante deverá preencher formulário em separado sobre a matéria)		

3) DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco
Nome 3	Sexo	Data de Nascimento	Grau de Parentesco

4) BENEFICIÁRIO(S) DESIGNADO(S) PARA O PLANO CODEMIGPrev (somente se não for preenchido o item 3 anterior)

Nome 1	Sexo	Data de Nascimento
Nome 2	Sexo	Data de Nascimento

5) CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

Venho pelo presente, solicitar a minha inscrição no Plano e autorizo o desconto das minhas contribuições por meio da folha de pagamento da Patrocinadora, correspondente ao percentual do meu salário efetivo conforme opção abaixo registrada:
 Contribuição Normal Mensal inicial (%): _____% (_____ por cento) sobre o Salário Efetivo (observado o intervalo de 3% a 10%, considerando os percentuais variando de forma crescente, em intervalos de 0,5% (meio por cento)).

6) OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA NO PLANO CODEMIGPrev (*)

A opção abaixo deverá ser exercida até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no Plano CODEMIGPrev e será irrevogável, imutável e irretroatável.

<input type="checkbox"/> Tabela Progressiva	<input type="checkbox"/> Tabela Regressiva
---	--

7) DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA

Este formulário deverá ser devidamente preenchido em três vias, datado, assinado e enviado para a área de Recursos Humanos/Benefícios da CODEMIG, juntamente com a seguinte documentação:

- ✓ Cópia da certidão de nascimento ou casamento do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade e CPF do requerente;
- ✓ Cópia da carteira de identidade ou cópia da certidão de nascimento de cada beneficiário;
- ✓ Comprovante de residência do requerente;
- ✓ Cópia da Carteira de Trabalho onde conste a admissão na Patrocinadora; e
- ✓ Outros documentos que a FUNDAÇÃO e a Patrocinadora considerar necessários.

O deferimento do pedido de inscrição, pela FUNDAÇÃO, dependerá da apresentação de todos os documentos exigidos.

Declaração:

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, assumindo total responsabilidade pela fidelidade destas, estando ciente que a FUNDAÇÃO poderá a qualquer momento, exigir a comprovação das informações, ora prestadas.

Declaro que, toda vez que houver alteração das informações constantes deste termo, informarei prontamente à FUNDAÇÃO.

8) ASSINATURAS

Campo a ser preenchido pelo Participante

_____, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do PARTICIPANTE

Campo a ser preenchido pela área de Recursos Humanos/Benefícios da CODEMIG

Data do recebimento dos documentos ____/____/20 ____.

Recebido por: _____

Assinatura da PATROCINADORA

Campo a ser preenchido pela FUNDAÇÃO

Data do recebimento dos documentos ____/____/20 ____.

Recebido por: _____

Assinatura da FUNDAÇÃO