

# INSCRIÇÃO - PLANO VOCÊPREV



Campos reservados ao preenchimento da Fundação Libertas

CNPB DO PLANO  
2018.0020-74

MATRÍCULA DO PARTICIPANTE

## DADOS DO INSTITUIDOR E EMPREGADOR E ASSOCIADO

NOME INSTITUIDOR

CNPJ DO INSTITUIDOR

NOME EMPREGADOR (empresa da pessoa física que possui vínculo empregatício com o Instituidor)

CNPJ DO EMPREGADOR

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

CPF DO ASSOCIADO

## DADOS DO PARTICIPANTE

NOME CIVIL

NOME SOCIAL

Nome civil: nome atribuído à pessoa física, considerado desde seu nascimento, e durante toda a sua existência, que o identifica.

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).

Travesti  Transexual feminino  Transexual masculino  Não se aplica

Nº IDENTIDADE

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA EXPEDIÇÃO

IDADE

DATA NASCIMENTO

NATURALIDADE

NACIONALIDADE

ESTADO CIVIL

NOME DO CÔNJUGE/ COMPANHEIRO (A)

NOME DO PAI

NOME DA MÃE

CEP

LOGRADOURO

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE/ESTADO

TELEFONE 1

( )

TELEFONE 2

( )

E-MAIL 1

E-MAIL 2

CARGO

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

CPF

## INFORMAÇÕES DO PARTICIPANTE PARA ATENDER AS LEGISLAÇÕES

### 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)

Código	FO-001/18	Versão	000	Vigente:	
Elaboração: GETEI	Validação: Gerência Previdencial / Gerência Cadastro		Aprovação: Gerência Cadastro		

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.

#### DADOS DOS 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
NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO
NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO
NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	NASCIMENTO	PARENTESCO/VÍNCULO	SEXO	DEP. IR?	% RATEIO

#### DADOS DO PLANO

OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO PARA IMPOSTO DE RENDA

Progressiva  Regressiva

(\*) em caso da não indicação do regime de tributação, considera-se "progressivo" em cumprimento a Lei 11.053/2004.

#### CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE

CONTRIBUIÇÃO BÁSICA (mínimo R\$ 69,00)	R\$	(*) IDADE PARA BENEFÍCIO PROGRAMADO
--	-----	-------------------------------------

(\*) A idade informada deve cumprir com as elegibilidades previstas no Regulamento do plano.

ORIENTAÇÃO PARA CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA: de caráter facultativo, periódicas ou não, e em valor livremente escolhido pelo participante, respeitado o valor mínimo equivalente ao da contribuição básica. Em caso de interesse do participante é necessário o preenchimento de formulário específico para esta opção.

#### OPÇÃO DE DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO

Boleto Bancário  Débito em conta  Desconto folha pagamento

Dados da conta bancária (para opção débito em conta, somente para correntistas de bancos conveniados)

Banco  Agência  -  Conta  -   
Titular da conta  CPF

Dados da pessoa física vinculado (a) ao empregador (opção de desconto em folha somente de empresas autorizadas a consignação)

Nome   
Matrícula da empresa  CPF

#### Autorização para Desconto das Contribuições Mensais

Autorizo a Fundação Libertas de Seguridade Social a emitir boleto bancário ou efetuar o débito na conta indicada, e para o caso de desconto em folha de pagamento, autorizo o empregador a efetuá-lo diretamente do meu salário, referente às contribuições básicas correspondentes ao participante inscrito no Plano. Estou ciente que os valores deverão ser pagos mensalmente, e que em casos de atrasos ou não pagamento dos mesmos, implicará em penalidades previstas ou até o cancelamento da inscrição e dos beneficiários do Plano VocêPrev conforme as condições do Regulamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa física (vinculado ao empregador)

#### CONTRATAÇÕES ADICIONAIS - COBERTURA DE RISCO

Código	FO-001/18	Versão	000	Vigente:	
Elaboração: GETEI	Validação: Gerência Previdencial / Gerência Cadastro		Aprovação: Gerência Cadastro		

O Plano Vocêprev poderá oferecer Cobertura de Risco Adicional, destinada ao recebimento do benefício concedido na ocorrência de invalidez ou de morte de participante. A contratação da cobertura é individual e facultativa pelo participante e implicará, obrigatoriamente, no pagamento mensal da contribuição de risco na mesma forma de desconto do formulário e condições definidas pela Seguradora previstas na Apólice/Contrato do Seguro a ser firmado e, ainda, 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

### Autorização para Desconto das Contribuições de Risco

Autorizo a Fundação Libertas de Seguridade Social, no momento da efetivação da contratação da Cobertura de Risco Adicional por mim escolhida, a emitir boleto bancário ou efetuar o desconto na conta indicada, e para o caso de desconto em folha de pagamento, autorizo o empregador a efetuá-lo diretamente do meu salário. Estou ciente que os valores deverão ser pagos mensalmente, e que em casos de atrasos ou não pagamento dos mesmos, implicará em penalidades previstas ou até o cancelamento da inscrição e dos beneficiários do Plano Vocêprev conforme as condições do Regulamento.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pessoa física (vinculado ao empregador)

### DECLARAÇÃO

Declaro ter conhecimento do Regulamento do plano 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 neste documento, 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

### 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)

### USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO LIBERTAS

DATA DA INSCRIÇÃO

RECEBIDO E CONFERIDO EM

RESPONSÁVEL ATENDIMENTO

RESPONSÁVEL SETOR CADASTRO

Código

FO-001/18

Versão

000

Vigente:

Elaboração: GETEI

Validação: Gerência Previdencial / Gerência Cadastro

Aprovação: Gerência Cadastro