

Proposta de inscrição ao Novo Plano

DADOS PESSOAIS

Nome:		Telefone:
Matrícula:	CPF:	E-mail comercial:
Patrocinadora: CAIXA		E-mail pessoal:

OPÇÃO PELO PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO

Opção de desconto sobre salário de participação: _____ % _____ (mínimo 5%) (por extenso)

DEPENDENTES PARA FINS DE RECEBIMENTO DE PENSÃO POR MORTE*

Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: ☐ M ☐ F	Inválido: ☐ S ☐ N
Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: ☐ M ☐ F	Inválido: ☐ S ☐ N
Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: ☐ M ☐ F	Inválido: ☐ S ☐ N
Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: ☐ M ☐ F	Inválido: ☐ S ☐ N

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Percentual de contribuição

O percentual de contribuição para o plano é de no mínimo 5%, e a primeira alteração poderá ocorrer a qualquer tempo. Após a primeira alteração, as próximas poderão ocorrer anualmente ou quando houver alteração na composição do salário de participação, de caráter individual.

Dependentes

Os benefícios serão pagos exclusivamente a dependentes cadastrados no plano, que poderão ser:

I - cônjuge, companheiro, inclusive do mesmo sexo, filho ou enteado menor de 24 (vinte e quatro) anos ou inválido, desde que a invalidez tenha ocorrido antes do óbito do participante ou do assistido, e ex-cônjuge beneficiário de pensão alimentícia do participante ou do assistido.

II - pais; e

III - irmão menor de 24 (vinte e quatro) anos ou inválido, desde que a invalidez tenha ocorrido antes do óbito do participante ou do assistido.

Inscriva todas as pessoas relacionadas acima que você deseja proteger em caso de falecimento. Não é obrigatória a dependência econômica para inscrever os dependentes nesse plano.

Atualize permanentemente o seu cadastro de dependentes, pois a FUNCEF não está obrigada à concessão de benefício a pessoas não inscritas no plano, ainda que tenham sido reconhecidas como dependentes por órgão oficial de previdência.

Dependente designado para fins de resgate

É facultado ao participante designar beneficiários para fins de recebimento do resgate do saldo da Subconta Participante. A indicação deve ser feita por meio do formulário "Designação de beneficiários para fins de resgate", disponível na página da FUNCEF na Internet. O documento deve ser encaminhado à FUNCEF/DIBEN/COCAD.

Todas as informações prestadas neste formulário estão em estrita conformidade com o regulamento do plano. Leia-o e conheça todas as regras relacionadas ao seu plano de previdência administrado pela FUNCEF.

☐ Estou ciente que, em razão do meu pedido de inscrição no Novo Plano, por se tratar procedimento preliminar a este contrato de adesão e para a sua execução, a FUNCEF receberá da Patrocinadora os meus dados pessoais minimamente necessários para a finalidade de gestão do plano de benefícios. Esses dados estão relacionados a dados cadastrais gerais, como: nome, número do RG, CPF, data de nascimento, filiação, nacionalidade, naturalidade, sexo e estado civil; dados de contato (endereço físico de correspondência, números de telefone e endereços de correio eletrônico) e dados profissionais (matrícula, data de admissão, data de demissão, licenças, remuneração, composição salarial, tipo de contrato, lotação, CTPS e PIS). Toda a forma de tratamento dos dados, bem como a gestão da proteção dos dados pessoais estão descritas no aviso de privacidade, disponível em www.funcef.com.br / Fale com a FUNCEF / LGPD / Site Especial LGPD / Leia o Aviso de Privacidade.

Autorizo minha inscrição no Novo Plano com o devido desconto da contribuição na folha de pagamento da Patrocinadora. Caso não ocorra a cobrança da contribuição na remuneração, a FUNCEF está autorizada a comandar o débito da contribuição na conta bancária.

* Caso seja feito o cadastro de um dependente menor de idade, deverá ser preenchido o Termo de Consentimento para Tratamento de Dados Pessoais de Crianças e Adolescentes.

_____, _____ de _____ de 20_____.
Local e data Assinatura do(a) participante

Declaração de ocupação pública relevante

DADOS DO PARTICIPANTE

Nome:	Matrícula:	CPF:
-------	------------	------

OCUPAÇÃO PÚBLICA RELEVANTE

Exerce ou exerceu, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante conforme relação abaixo?	☐ Sim ☐ Não
Seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo exercem ou exerceram, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante conforme relação abaixo?	☐ Sim ☐ Não

Relação de Cargos, Empregos ou Funções Públicas Relevantes

I. Detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União;

II. Ocupantes de cargo no Poder Executivo da União:

- a) De ministro de Estado ou equiparado;
- b) De natureza especial ou equivalente;
- c) Do presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; e
- d) Do grupo Direção e Assessoramento Superiores – DAS, nível 6 e equivalentes.

III. Membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos tribunais superiores;

IV. Membros do Conselho Nacional do Ministério Público, procurador-geral da República, vice-procurador-geral da República, procurador-geral da Justiça Militar, procurador-geral do Trabalho, subprocuradores-gerais da República e procuradores-gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal;

V. Membros do Tribunal de Contas da União e procurador-geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União;

VI. Governantes de Estado e do Distrito Federal, presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e

VII. Prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

PARTICIPANTE

Cargo, emprego ou função pública	Órgão	Período

REPRESENTANTES, FAMILIARES E PESSOAS DE RELACIONAMENTO PRÓXIMO

Nome completo	CPF	Relacionamento / parentesco	Cargo, emprego ou função pública	Período

Atenção: Encaminhar apenas uma via. A FUNCEF não protocola a 2ª via.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e pelas quais assumo inteira responsabilidade.

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e data

Assinatura do(a) declarante