

Proposta de inscrição ao Novo Plano

#10 Corporativo - FUNCEF

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: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Inválido: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Inválido: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Inválido: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Nome:	Data de nascimento:	Parentesco:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Inválido: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> 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:

Classe 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.

Classe II - pais; e

Classe 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.

Inscreva 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. Havendo pelo menos um dependente em uma classe, as classes seguintes não terão direito ao benefício.

O valor da pensão será dividido igualmente entre todos os dependentes habilitados na mesma classe. Caso um deles perca o direito ao benefício, a cota parte que ele recebia será redistribuída entre os demais dependentes da mesma classe.

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 disponível na página da Funcef na Internet, no link [Beneficiário Designado](#). O documento deve ser encaminhado à FUNCEF, pelo fale conosco, malote ou correios.

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 no [site da FUNCEF](#).

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.

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e data

Assinatura do(a) participante