

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

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. 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 pelos canais de atendimento da FUNCEF, como o WhatsApp ou Fale Conosco.

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