

TERMO DE ADESÃO AO PLANO PREVIDENCIAL B

Pelo presente termo, solicito inscrição no Plano Previdencial “B”, CNPJ nº 48.307.197/0001-32, administrado pela PREVIRB, na modalidade de contribuição variável, inscrito no Cadastro Nacional de Planos de Benefícios da Superintendência Nacional de Previdência Complementar - PREVIC sob o nº 2003.0019-56, cujos termos e condições contratuais constam do respectivo Regulamento, cujo teor declaro conhecer, com plena compreensão das condições nele previstas.

DADOS DO PROPONENTE

NOME		DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL
ENDEREÇO			Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE	UF	CEP
TEL. RESIDENCIAL	CELULAR		E-MAIL PARTICULAR	
IDENTIDADE		ÓRGÃO EXP.	DATA DE EMISSÃO	CPF
POSSUI PLANO DE BENEFÍCIO EM OUTRA ENTIDADE? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim – Qual?				
PATROCINADORA	DATA DE ADMISSÃO	MATR.	CARGO ATUAL	DATA DE VINCULAÇÃO PREVIDENCIAL*

* Data de ingresso no mercado de trabalho, com carteira assinada (INSS).

PARTICIPAÇÃO NO PLANO DE BENEFÍCIOS

RENDA MENSAL VITALÍCIA (RMV) – CONTRIBUIÇÃO BÁSICA (ESCOLHER PERCENTUAL DO SALÁRIO DE PARTICIPAÇÃO)					PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> 3%	<input type="checkbox"/> 4%	<input type="checkbox"/> 5%	<input type="checkbox"/> 6%	<input type="checkbox"/> 7%	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> 8%	<input type="checkbox"/> 9%	<input type="checkbox"/> 10%	<input type="checkbox"/> 11%	<input type="checkbox"/> 12%	

° Renda de Aposentadoria p/Invalidez* ° Pecúlio por Morte ° Auxílio-Funeral ° Renda Temporária de Auxílio-Doença

* Excluídos os aposentados por Instituto Oficial de Previdência Social.

Declaro que decidi, espontaneamente, vincular-me ao Plano Previdencial B da PREVIRB, pelo que adiro neste ato, em caráter irrevogável e irretratável, aos direitos e deveres recíprocos do contrato previdenciário privado, recebendo um exemplar do Estatuto, Regulamento, Cartilha e Certificado de Participante, que descreve as regras de admissão e manutenção da qualidade de participante, os requisitos de elegibilidade e a forma de cálculo dos benefícios do plano.

Declaro que informarei à PREVIRB, por escrito, no prazo de 30 dias a contar do fato gerador, qualquer alteração em meus dados cadastrais e de meus dependentes/beneficiários, devidamente especificados no verso deste formulário, que serviram de base para o estabelecimento do custeio dos benefícios ora contratados, responsabilizando-me pela exatidão das informações aqui prestadas.

Estou ciente de que o descumprimento do acima declarado isentará a PREVIRB de responsabilidade quanto ao pagamento de benefícios em relação ao dependente/beneficiário sobre o qual as informações foram omitidas ou inverídicas.

Autorizo, neste ato, o desconto da contribuição mensal na folha de pagamento da Patrocinadora (no caso de Ativo), na folha de benefícios da Fundação (no caso de Assistido) ou, quando for o caso, comprometo-me a efetuar o recolhimento da contribuição diretamente à PREVIRB.

Autorizo ainda que sejam acatadas as operações realizadas através da internet, no canal do Autoatendimento, no sítio eletrônico da PREVIRB, por meio de uso de senha pessoal e intransferível, tendo conhecimento da responsabilidade pela manutenção do sigilo e uso da senha e dos dados.

Autorizo a PREVIRB a obter meus dados funcionais com o Patrocinador, a fim de inseri-los e mantê-los atualizados no cadastro do Plano B.

Estou ciente e concordo que a coleta, armazenamento, tratamento, processamento e uso das Informações, constantes dos formulários da Fundação, do banco de dados informatizados, do Portal da PREVIRB, nos termos estabelecidos no Termo de Uso e Política de Privacidade da Fundação, são para finalidade específica do cumprimento do Contrato Previdenciário advindo da relação Fundação/Participante e seus Beneficiários, em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD).

DEPENDENTES PARA FINS DE PENSÃO POR MORTE, RECONHECIDOS PELA PREVIDÊNCIA SOCIAL

(Cônjuge ou Companheiro(a); Filhos; Filhos inválidos; Pais; Irmãos não emancipados, menores de 21 anos de idade ou inválidos).

Obs.: Preenchimento obrigatório, dos dados abaixo, para quem optou pela cobertura de Pensão por Morte.

NOME	CPF	SEXO	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO	ESTADO CIVIL

BENEFICIÁRIOS PARA RECEBIMENTO DE PECÚLIO POR MORTE (livre designação)

NOME			CPF	PERCENTUAL %	PARENTESCO
SEXO	DATA DE NASC.	TELEFONE	E-MAIL		
ENDEREÇO			BAIRRO	CIDADE	UF CEP

NOME			CPF	PERCENTUAL %	PARENTESCO
SEXO	DATA DE NASC.	TELEFONE	E-MAIL		
ENDEREÇO			BAIRRO	CIDADE	UF CEP

NOME			CPF	PERCENTUAL %	PARENTESCO
SEXO	DATA DE NASC.	TELEFONE	E-MAIL		
ENDEREÇO			BAIRRO	CIDADE	UF CEP

NOME			CPF	PERCENTUAL %	PARENTESCO
SEXO	DATA DE NASC.	TELEFONE	E-MAIL		
ENDEREÇO			BAIRRO	CIDADE	UF CEP

NOME			CPF	PERCENTUAL %	PARENTESCO
SEXO	DATA DE NASC.	TELEFONE	E-MAIL		
ENDEREÇO			BAIRRO	CIDADE	UF CEP

OBSERVAÇÕES Nos casos em que houver a indicação de somente 1 (um) beneficiário, indicar, abaixo, critério de distribuição alternativo. Para os casos em que houver indicação de mais de um beneficiário, na ausência de um deles, será revertido o percentual para o(s) beneficiário(s) remanescente(s), proporcionalmente, ou, caso queira, indicar, abaixo, outra distribuição.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO PROPONENTE
--------------	--------------------------

P R E V I R B	CONFIRMADA A INSCRIÇÃO A PARTIR DE	ASSINATURA PREVIRB