

## 1. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome:

Data de Nascimento:		Estado Civil:	
Filiação (Mãe):		Filiação (Pai):	
CPF:	RG:	SEXO ( ) Feminino ( ) Masculino	
Endereço (Rua/Av./Trav.)			
Nº	Complemento	Bairro	
Município	UF	CEP	
E-mail pessoal		E-mail profissional	
Celular		Data de Admissão	
Patrocinador		Matrícula Funcional	
Conta Corrente Nº	Agência	Banco	

## 2. CONTRIBUIÇÕES | Capítulo IV do Regulamento do Plano

**2.1 BÁSICA:** mensal e obrigatória, com percentual compreendido entre **5,0%** e **14,0%** do Salário de Participação, **prevalecendo os limites de contribuição determinados pela lei Municipal de criação do RPC** (Regime de Previdência Complementar).

5%	<input type="checkbox"/>	5,5%	<input type="checkbox"/>	6%	<input type="checkbox"/>	6,5%	<input type="checkbox"/>	7%	<input type="checkbox"/>	7,5%	<input type="checkbox"/>
8%	<input type="checkbox"/>	8,5%	<input type="checkbox"/>	9%	<input type="checkbox"/>	9,5%	<input type="checkbox"/>	10%	<input type="checkbox"/>	10,5%	<input type="checkbox"/>
11%	<input type="checkbox"/>	11,5%	<input type="checkbox"/>	12%	<input type="checkbox"/>	12,5%	<input type="checkbox"/>	13%	<input type="checkbox"/>	13,5%	<input type="checkbox"/>
14%	<input type="checkbox"/>										

**2.2 ADICIONAL:** mensal e facultativa.

( ) Desejo realizar contribuição adicional mensal, no percentual de \_\_\_\_\_ ( ) % do meu Salário de Participação, ciente de que o Patrocinador não efetuará tal contribuição de forma paritária.

( ) Não desejo realizar contribuição adicional ao Plano.

**2.3 VOLUNTÁRIA:** Esporádica e facultativa.

( ) Desejo realizar contribuição voluntária nos seguintes termos:

Valor: R\$ \_\_\_\_\_ ( )

Periodicidade: ( ) Mensal ( ) Trimestral ( ) Semestral ( ) Anual, no mês de \_\_\_\_\_, e tenho ciência de que o Patrocinador não efetuará tal contribuição de forma paritária.

( ) Não desejo realizar contribuição voluntária ao Plano.

### 3. RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS | Para fins de recebimento do Benefício por Morte | Art. 6º do Regulamento do Plano

Nome	Vínculo	CPF	Dt. de Nascimento	% de Rateio

### 4. REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Nos planos de benefícios de caráter previdenciário o participante tem a opção de escolher por uma das modalidades de tributação do IR: Tabela Regressiva ou Tabela Progressiva. A tabela Regressiva, aplicável no pagamento de Benefício ou Resgate, tributa os recebimentos do plano com alíquotas que vão de 35% a 10%, conforme o prazo de acumulação dos recursos. O regime Progressivo é o mesmo considerado no cálculo do Imposto de Renda enquanto o participante estiver ativo junto ao Patrocinador. A escolha pelo regime de tributação deve ocorrer até o último dia útil do mês seguinte ao de inscrição no Plano.

Ciente de que esta opção é irrevogável, **OPTO pelo regime tributário:** ( ) REGRESSIVO\* ( ) PROGRESSIVO

\* Caso não seja feita opção por este regime, automaticamente o participante terá o seu plano regido pelo regime Progressivo.

### 5. PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (Preenchimento obrigatório) | Resolução COAF nº 16, de 28/03/2007

( ) Estou enquadrado(a) na situação de pessoa politicamente exposta.

( ) Não estou enquadrado(a) na situação de pessoa politicamente exposta.

### 6. DECLARAÇÃO FATCA | (Foreign Account Tax Compliance Act)

Trata-se de uma Lei Norte-americana de conformidade tributária para contas estrangeiras, cujo principal objetivo seria evitar a evasão fiscal nos Estados Unidos.

( ) Não sou *US Person* ( ) Sou *US Person* (Preencha as informações abaixo)

Possui cidadania ou residência fiscal nos EUA? Não ( ) Sim ( )

Possui endereço ou telefone nos EUA? Não ( ) Sim ( ) Informe, abaixo:

• Endereço (incluindo caixa postal): \_\_\_\_\_

• Telefone (incluindo cód. de área): \_\_\_\_\_

Possui alguma fonte de renda nos EUA? Não ( ) Sim ( )

Possui imóvel nos EUA? Não ( ) Sim ( ) Quantos? \_\_\_\_\_

Possui conta em instituição financeira nos EUA? Não ( ) Sim ( ) Informe, abaixo:

Instituição: \_\_\_\_\_ Nº da Conta: \_\_\_\_\_

### 7. REQUERIMENTO, DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES DO PARTICIPANTE

- ✓ Tendo prestado as informações solicitadas e pelas quais me responsabilizo para fins de direito, **venho requerer minha inscrição** como Participante e a de meus dependentes, relacionados como Beneficiários, em conformidade com o Regulamento do Plano de Benefício FBPREV Multipatrocinado.
- ✓ Declaro que estou ciente de **que minha inscrição e a dos beneficiários indicados dar-se-á nos termos do Regulamento do Plano FBPREV Multipatrocinado.**
- ✓ Declaro ter recebido o Regulamento e demais materiais explicativos do Plano FBPREV Multipatrocinado administrado pela Fundação Banrisul de Seguridade Social através de link fornecido pela Entidade, tendo pleno conhecimento deste normativo, **nada tendo a opor e aderindo ao Plano de forma livre e de espontânea vontade.**
- ✓ Declaro que **tive acesso às informações necessárias para optar pelo regime de tributação de Imposto de Renda e estou ciente que a opção por um dos dois regimes é irrevogável e irretroatável**, mesmo na hipótese de Portabilidade, nos termos da legislação vigente.
- ✓ Autorizo o **desconto mensal em minha folha de pagamento, das Contribuições** previstas no regulamento do Plano FBPREV Multipatrocinado e da Lei Municipal de criação do RPC.
- ✓ Declaro estar **CIENTE e CONCORDO** que a Fundação Banrisul de Seguridade Social **colete, realize e tome decisões referentes ao tratamento dos meus dados pessoais acima especificados, com a finalidade de gerir o contrato previdenciário mantido com a entidade a partir da minha inscrição, inclusive o compartilhamento de informações com o patrocinador**, tendo em vista que o conhecimento dos dados é necessário para o controle por eles exercido e também para a realização dos cálculos atuariais por autoridades públicas que exercem funções legais, regulatórias e de fiscalização.

Local e Data

Assinatura