

TERMO DE INSCRIÇÃO

A – Identificação do Participante

Nome					
<input type="text"/>					
CPF	RG	Naturalidade	UF	Nacionalidade	Sexo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data de Nascimento	Estado Civil	Nome do Cônjuge			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Filiação (Mãe)			Filiação (Pai)		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Participante Menor de 18 anos, preencher o Nome do Responsável				CPF do Responsável	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	
Endereço (Rua, Nº, Complemento)					
<input type="text"/>					
Bairro	Município		UF	CEP	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail	Telefone Residencial	Celular	Telefone Comercial		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Vínculo com a Associação Brasileira de Profissionais de Educação Financeira – ABEFIN

Associado efetivo pessoa física.

Associado vinculado:

Cônjuge, filho, neto ou dependente econômico de associado efetivo pessoa física. De quem?

Nome: CPF:

Empresa/Instituição:

Empregado ou dirigente de associado efetivo pessoa jurídica. De qual empresa/instituição?

Empresa/Instituição:

B – Dados Bancários

Banco	Agência	Tipo	Nº da Conta Corrente	Dígito
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C – Contribuição Normal

É a contribuição mensal obrigatória realizada pelo participante, observado o mínimo de R\$ 50,00. Valor R\$

Podendo ser alterada a qualquer tempo.

D – Contribuição de Risco

<input type="text"/>	Capital Segurado (vide tabela)	<input type="text"/>	Prêmio Mensal
----------------------	---------------------------------------	----------------------	----------------------

É a contribuição mensal facultativa realizada pelo participante ou assistido para cobertura de risco de morte ou invalidez permanente total, por doença ou por acidente. Veja a tabela de capital segurado x prêmio mensal e preencha a proposta específica de contratação da parcela adicional de risco no site www.abefin.org.br/abefinprev.

E – Relação de beneficiários

(Art. 6º do Regulamento: Consideram-se beneficiários quaisquer pessoas físicas livremente indicadas pelo participante para receber a Pensão por Morte.)

Nome	CPF	Data de Nascimento	%	Parentesco
Nome dos Beneficiários				

Declaro estar ciente de que, na falta de indicação de percentual, o valor da Pensão por Morte será rateado em partes iguais. E que, não havendo Beneficiários inscritos, o saldo da conta total será pago aos herdeiros do Participante ou Assistido na forma da legislação.

F – Regime de Tributação

Considerando o previsto na Lei 14.803 de 10/01/2024, a opção por uma das tabelas de tributação vigentes de Imposto de Renda, devem ocorrer por ocasião da obtenção do benefício ou do primeiro resgate dos valores acumulados.

G – Pessoa Politicamente Exposta

Conforme o disposto na Resolução COAF n.º 16, de 28/03/2007, enquadram-se na situação de pessoa politicamente exposta: o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares (na linha direta, até primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada) e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras: os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; os ocupantes de cargo do Poder Executivo da União: de ministro de Estado ou equiparado, de natureza especial ou equivalente, de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista e do Grupo de Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes; os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores Gerais da República e os Procuradores Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de Tribunal de Justiça, de Assembleia Legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de Municípios e do Distrito Federal; e os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

Você é pessoa politicamente exposta? Sim Não (Resposta Obrigatória)

H – Termo de Consentimento e Compromisso

Estou ciente de que para fazer jus as coberturas e benefícios da MUTUOPREV – Entidade de Previdência Complementar, devo sempre manter meus dados cadastrais atualizados, informando à Mutuoprev, sobre quaisquer alterações com a maior brevidade possível.

Autorizo a Mutuoprev – Entidade de Previdência Complementar, CNPJ nº 12.905.021/0001-35, com sede na Rua Líbero Badaró, 293 – 31º andar – CJ. 31-A – Centro, São Paulo – SP, a dar tratamento de meus dados pessoais, quando necessários, em conformidade com a Lei 13709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, e dos Acordos Internacionais firmados pelo Brasil.

Declaro que o presente Termo de Inscrição ao plano ABEFINPREV – Plano de Benefícios ABEFIN, cujas condições do Regulamento do referido plano me foram disponibilizadas e aceitas, contém dados cadastrais atualizados por mim, pelos quais me responsabilizo.

Firmo o presente por livre e espontânea vontade e autorizo a MUTUOPREV, administradora do plano ABEFINPREV, a emitir cobranças em meu nome, com os valores por mim escolhidos, referente as contribuições normais, e/ou de risco/voluntárias.

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Requerente/Responsável
Para participante menor de 18 anos, a assinatura deverá ser do responsável identificado no item A

Preencha o formulário, imprima, assine e encaminhe para a MUTUOPREV