



TERMO DE ADESÃO - I
FIPECqPREV

Inscrição (FIPECq)

Instituidora



IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome			
CPF	Identidade	Órgão Emissor	Data de Emissão
Sexo	Data de Nascimento	Estado Civil	
Nacionalidade	Naturalidade		UF
Filiação			
Endereço para correspondência		Bairro	
Cidade	UF	CEP	DDD / Telefone para contato
DDD / Celular	E-mail de contato		

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS

Banco - nome e número	Agência - nome e número	Conta Corrente - número
-----------------------	-------------------------	-------------------------

BENEFICIÁRIOS

Nome	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento
Nome	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento
Nome	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento
Nome	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento
Nome	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento
Nome	Sexo	Parentesco	Data de Nascimento

Solicito minha adesão como Participante no Plano de Benefícios Previdenciários dos Associados da Caixa de Assistência Social da FIPECq - FIPECqPREV nos termos de seu Regulamento, a partir do mês e ano _____ responsabilizando-me, para todos os fins, pelas informações prestadas e comprometendo-me a informar à FIPECq qualquer alteração que possa vir a ocorrer, bem como proceder sua atualização anual.

_____ Local _____ Data _____ Assinatura do Participante ou seu representante legal, em caso de menor ou incapaz

Nome do representante legal, em caso de menor ou incapaz

Preenchimento pela FIPECq Vida

Informamos que o requerente à adesão ao FIPECqPREV acima qualificado é Associado da Caixa de Assistência Social da FIPECq, estando apto ao ingresso no Plano, conforme o Regulamento.

Matrícula na FIPECq Vida _____

Data de inscrição na FIPECq Vida _____

Instituidora _____

Cadastro FIPECq Vida - assinatura e carimbo

Representação

Gerência de Previdência

Conferi e confirmo as informações prestadas	Inclusão no sistema
_____ Assinatura	_____ Data e visto

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome

CPF

APOSENTADORIA

Idade para início de recebimento do Benefício

Idade Por extenso **CONTRIBUIÇÃO****Contribuição Básica Mensal:**

Valor numérico

Valor por extenso

Valor mínimo equivalente a 25% (vinte e cinco por cento) do VRP* vigente no mês de competência

* VRP - Valor de Referência do Plano

Contribuição Administrativa:

Opção 1

4% da Contribuição Básica, limitado a 15% do valor do VRP vigente no mês de competência, para optante por receber informações sobre o Plano em papel

Opção 2

2% da Contribuição Básica, limitado a 15% do valor do VRP vigente no mês de competência, para optante por acesso às informações sobre o Plano em meio eletrônico

Contribuição para Risco:

Sim

(Preencher formulário de opção para aumento do Benefício de Risco)

Não

Forma de Pagamento:

Débito em Conta Corrente (custo adicional)

Boleto Bancário (custo adicional)

Depósito Identificado

Consignação em folha (pode haver custo adicional)

Outra _____

REGIME DE TRIBUTAÇÃO**Regime Tributário Progressivo:**

Este é o regime atual em vigor. As alíquotas progressivas de Imposto de Renda incidem sobre quaisquer valores resgatados ou recebidos sob a forma de benefícios.

Regime Tributário Regressivo:

Este é o novo regime tributário da Previdência Complementar, trazido pela Lei nº 11.053 /2004. A alíquota do imposto de renda diminui à medida que o prazo de permanência no Plano aumenta.

RESERVADO AO PARTICIPANTE

Declaro que recebi os esclarecimentos sobre os Regimes Tributários acima especificados e estou ciente que a opção possui caráter irrevogável na forma da Lei. Autorizo a FIPECq, a cobrança de minhas contribuições a serem vertidas ao FIPECqPREV, de acordo com as opções acima indicadas, nos termos do Regulamento.

Local

Data

Assinatura do Participante ou seu representante legal,
em caso de menor ou incapaz

Nome do representante legal, em caso de menor ou incapaz

Representação

Conferi e confirmo as informações prestadas

Gerência de Previdência

Inclusão no sistema

Assinatura

Data e visto