

TERMO DE ADESÃO

A – Identificação do Participante

Nome				

CPF	RG	Naturalidade	Nacionalidade	Sexo
_____	_____	_____	_____	() Feminino () Masculino
Data de Nascimento	Estado Civil	Nome do Cônjuge		
___/___/___	_____	_____		
Filiação (Mãe)		Filiação (Pai)		
_____		_____		
Endereço (rua, n.º, complemento)				

Bairro	Município		UF	CEP
_____	_____		_____	_____
E-mail	Tel. Residencial		Celular	Tel. Comercial
_____	() _____		() _____	() _____

Vínculo com a Associação Brasileira de Educadores Financeiros – ABEFIN

- () Associado efetivo
- () Associado vinculado: cônjuge, filho, neto ou dependente econômico de associado efetivo. De quem?
- Nome _____ CPF _____
- Empresa/Instituição _____

B – Dados Bancários

Banco (n.º e nome)	Agência (n.º)	C/C
_____	_____	_____

C – Contribuição Normal

É a contribuição mensal obrigatória realizada pelo participante, observado o mínimo de R\$ 50,00. Pode ser alterada a qualquer tempo.

Valor R\$

D – Contribuição de Risco

_____ Capital segurado (até R\$ 200 mil) _____ 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	%

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

Opto pelo regime de tributação regressivo previsto no art. 1º da Lei n.º 11.053, de 29/12/2004, aplicável no pagamento de Benefício ou Resgate. A Tabela Regressiva tributa seus recebimentos do plano com alíquotas que vão de 35% a 10%, conforme o prazo de acumulação dos recursos. Caso não seja feita opção, automaticamente o participante terá o seu plano regido pelo regime progressivo. O regime progressivo é o mesmo considerado no cálculo do Imposto de Renda enquanto o participante estiver ativo na empresa mantenedora. Estou ciente que esta opção é **irretratável**.

SIM NÃO

TABELA REGRESSIVA	
Prazo de acumulação	Alíquota de IR na fonte
Até 2 anos	35%
De 2 a 4 anos	30%
De 4 a 6 anos	25%
De 6 a 8 anos	20%
De 8 a 10 anos	15%
Mais de 10 anos	10%

G – Pessoa Politicamente Exposta (Preenchimento Obrigatório)

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

Declaro que o presente Termo de Adesão 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 proceder aos descontos mensais das contribuições normais, de risco e voluntárias, na forma assinalada com um "x" entre as opções abaixo:

Conta Corrente Santander Boleto Bancário

Local e Data

_____, _____ de _____ de 20____

(Em caso de participante menor de 18 anos, assinatura do responsável identificado no item A.)

Assinatura do requerente/responsável

Para uso da ABEFIN:

Declaramos para os devidos fins que o requerente está apto a participar do plano ABEFINPREV, na qualidade de:

Associado efetivo.

Associado vinculado: cônjuge, filho, neto ou dependente econômico de associado efetivo.

Data: ____ / ____ / ____

Ass. e Carimbo: _____

Para uso da MUTUOPREV:

Representante Mutuoprev

Gerência de Arrecadação e Cadastro

Diretor de Benefícios (homologação)

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

Data: ____ / ____ / ____

Ass. e Carimbo: _____

Gerente: _____

Dir. de Benefícios: _____

Salve este formulário em seu computador, preencha, imprima, assine e encaminhe para a ABEFIN – Av. Paulista, 726 – Cj. 1210 – Bela Vista – São Paulo – SP – CEP 01310-910. Aguarde contato para confirmar sua inscrição.