



## FICHA DE INSCRIÇÃO - PLANO DE BENEFÍCIOS II

Patrocinador (empresa)					
Data de Admissão	Lotação	Cargo		Função	
Nome completo			Matrícula	CPF	
Sexo	Data de nascimento	Estado civil	Naturalidade/UF	Nacionalidade	
Documento de Identidade		Órgão expedidor	Data da expedição		
Dados Bancários: Banco Nº: Nome:		Agência Nº: Nome:	Conta Corrente Poupança Nº :		
Nome da mãe					
Nome do Pai					
Nome do cônjuge ou companheira(o)					
Endereço completo					
Logradouro:				Nº	
Complemento:				Bairro:	
Cidade:		UF:		CEP:	
E-mail:			E-mail Alternativo:		
Telefone Celular: ( )		Telefone Residencial: ( )		Telefone Comercial: ( )	

Anexar cópia do CPF , Documento de Identidade e certidão de casamento ou de união estável.

### BENEFICIÁRIOS

(Preenher os campos abaixo somente se optar em aderir ao Plano)

**Pensão** - Renda mensal paga aos beneficiários inscritos pelo participante/assistido e reconhecidos pela Previdência Social, em caso de falecimento de participante/assistido, conforme Regulamento.

**Pecúlio** - Valor a ser disponibilizado de uma só vez ao beneficiário indicado, no caso de falecimento de participante/assistido, conforme Regulamento.

Nome	Beneficiário para:	Parentesco	Inválido (S/N)	Data Nascimento	Sexo
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				
	Pensão Pecúlio				

### OPÇÃO PELA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

De acordo com o disposto no Regulamento do Plano de Benefícios II solicito minha inscrição no Plano de Benefícios II e autorizo que seja procedido o desconto mensal na folha de Pagamento do percentual abaixo informado, a ser calculado sobre o meu salário de participação:

1%    2%    3%    4%    5%    6%    7%    \_\_\_\_\_ %

a partir de \_\_\_\_\_ (mês/ano) solicito alterar o percentual para \_\_\_\_\_ %

a partir de \_\_\_\_\_ (mês/ano) solicito alterar o percentual para \_\_\_\_\_ %

a partir de \_\_\_\_\_ (mês/ano) solicito alterar o percentual para \_\_\_\_\_ %

## PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

**Pessoa Politicamente Exposta** - Aquela que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, bem como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

**não estou** enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.

**estou** enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.

Declaro ter recebido da FAECES, os documentos abaixo, conforme determina a legislação em vigor:

. Cópia do Estatuto, Regulamento do Plano de Benefícios II, Material Explicativo (Sumário do Regulamento) e Certificado do Participante.

## DECLARAÇÃO DE NÃO ADESÃO

DECLARO que recebi a presente oferta de inscrição no Plano de Benefícios II administrado pela Fundação Assistencial dos Empregados da Cesan - FAECES e que **no momento não desejo inscrever-me como participante** do referido Plano. Tenho conhecimento de que se não houver mudanças na legislação, posso aderir a qualquer momento.

## ASSINATURA

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Deferimento FAECES: