

PLANO I – TERMO DE ADESÃO



Identificação	Nome Completo do Participante				Matrícula	
	Data de Nascimento		CPF		RG	
	Sexo		Nacionalidade		Naturalidade	
	UF		Filiação (Mãe)		Filiação (Pai)	
	Estado Civil		Nome Completo do Cônjuge			
	Participante Menor de 18 Anos, preencher o Nome do Responsável				CPF do Responsável	

Endereço	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia etc.)				Número	Complemento	
	Bairro			Cidade		UF	CEP
	DDD	Telefone	DDD	Celular	E-mail		

Opção de Pagamento	Contribuição Básica (Mensal e Obrigatória)		Contribuição Eventual (Opcional)		Cont. Risco (opcional c/ contrato seguro de vida)	
	Valor R\$		Valor R\$		Prêmio: R\$	
			Meses/Período:		Capital: R\$	
	<input type="radio"/> Conta-Corrente (Exclusivamente Banco Santander)		Agência		Conta Corrente	
<input type="radio"/> Boleto Bancário		Assinalar a Opção de Envio <input type="radio"/> E-Mail <input type="radio"/> Correspondência <input type="radio"/> Whatsapp				

Relação de beneficiários (Art. 7º do Regulamento)

(Consideram-se beneficiários os dependentes que o participante indicar)

A inclusão ou exclusão do beneficiário é de responsabilidade do participante e não é feita automaticamente.

Quando houver qualquer tipo de alteração ou exclusão, é necessário que o participante se manifeste declarando essa alteração, assinando e encaminhando com firma reconhecida de assinatura, à Mutuoprev.

Identificação	Nome	CPF	Data de Nascimento	Parentesco	%

Declaro estar ciente de que a indicação de beneficiários, em desacordo com o Art. 7º do Regulamento do Plano I, será desconsiderada pela Mutuoprev. A habilitação dos beneficiários indicados ocorrerá quando da concessão do benefício, mediante documentação comprobatória.

MUTUOPREV - Entidade de Previdência Complementar

Rua Líbero Badaró 293 Cj. 31 A - Cep. 01009/000 - São Paulo /SP

Fones: (11) 3244-2540 (Região Metropolitana de São Paulo) / 0800 778 2222 (Interior e Outros Estados) / WhatsApp: (11) 93496-7749

E-mail: mutuoprev@mutuoprev.com.br Site: www.mutuoprev.com.br

PLANO I – TERMO DE ADESÃO



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.

Politicamente Exposta	Pessoa Politicamente Exposta (preenchimento obrigatório): (<input type="radio"/>) SIM (<input type="radio"/>) NÃO Conforme Instrução PREVIC nº 18 de 24/12/2014, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo.		
	Se a resposta for positiva, informar:		
	Função	Período De _____ a _____	
	Há familiares, pessoas próximas e/ou representantes, que exercem ou exerceram, nos últimos 5 anos, uma das funções públicas relevantes: (<input type="radio"/>) SIM (<input type="radio"/>) NÃO		
	Se a resposta for positiva, informar:		
Nome Completo	CPF		
Função	Período De _____ a _____		
Sócio ABESPREV	Sócio Cultural (<input type="radio"/>)	Sem vínculo com associados da Abesprev – Associação de Defesa de Direitos Previdenciários dos Banespianos	
	Sócio Familiar (<input type="radio"/>)	Nome do Associado na Abesprev	Parentesco

Na qualidade de associado da Associação de Defesa de Direitos Previdenciários dos Banespianos – Abesprev, declaro que o presente Termo de Adesão ao Plano I – Mutuoprev, 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 a proceder aos descontos das contribuições básicas mensais, e se houver, contribuições de risco, contribuições eventuais, e a taxa administrativa.

Termo de Consentimento e Compromisso	Em conformidade com a Lei 13709/18 – Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), declaro que se trata de manifestação livre, e concordo com o tratamento aos meus dados pessoais e dos dados de meus dependentes menores, para finalidades específicas dos benefícios da Mutuoprev.		
	Estou ciente de que para fazer jus à 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 Libero Badaró, 293 – 31º andar – CJ. 31-A – Centro, São Paulo – SP, doravante denominada Mutuoprev, a tomar decisões referentes ao tratamento de meus dados pessoais, quando necessários, para operações relativas à arrecadação mensal e pagamentos de pecúlios e resgates, bem como autorizo a fornecer este formulário, as informações deles constantes, e os dados financeiros relativos aos Benefícios Contratados às autoridades brasileiras ou estrangeiras, conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, e dos Acordos Internacionais firmados pelo Brasil.		

Local e Data

Assinatura

MUTUOPREV - Entidade de Previdência Complementar

Rua Libero Badaró 293 Cj. 31 A - Cep. 01009/000 - São Paulo /SP

Fones: (11) 3244-2540 (Região Metropolitana de São Paulo) / 0800 778 2222 (Interior e Outros Estados) / WhatsApp: (11) 93496-7749

E-mail: mutuoprev@mutuoprev.com.br Site: www.mutuoprev.com.br