

TERMO DE INSCRIÇÃO**A – Identificação do Participante**

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

B – 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:

C – Dados Bancários

Banco	Agência	Tipo	Nº da Conta Corrente	Dígito

D – Contribuição Normal

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

Valor R\$

E – Contribuição de Risco

	Capital Segurado (vide tabela)		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 <https://www.mutuoprev.com.br/contribuicao-de-risco/>.

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- 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.

H- Pessoa Politicamente Exposta

Pessoa Politicamente Exposta (preenchimento obrigatório):

(☐) SIM (☐) 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:	Data Início:	Data Final:
Há familiares, pessoas próximas e/ou representantes, que exercem ou exerceram, nos últimos 5 anos, uma das funções públicas relevantes: (☐) SIM (☐) NÃO		
Se a resposta for positiva, informar:		
Nome Completo	CPF	
Função:	Data Início:	Data Final:

I – Informações para FATCA

Possui domicílio fiscal nos Estados Unidos?

☐ Não

☐ Sim (Preencha campos abaixo)

País de Domicílio Fiscal¹ TIN/NIF²

Se não possui TIN/NIF, selecione uma opção abaixo:

☐ País não emite TIN/NIF para seus residentes

☐ Outro Motivo

Justifique o Motivo:

¹-Domicílio fiscal ou residência fiscal refere-se à jurisdição/país para fins de imposto de renda e/ou outras obrigações fiscais.

²-NIF ou TIN refere-se ao documento emitido pelas jurisdições/países, o que equivale ao CPF no Brasil. É um documento fornecido por um órgão de administração tributária no exterior.

J – 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 Libero 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