

PLANO I – TERMO DE INSCRIÇÃO



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\$	
	☐ Conta-Corrente (Exclusivamente Banco Santander)		Agência		Conta Corrente	
☐ Boleto Bancário		Assinalar a Opção de Envio		Dígito		
		☐ E-Mail ☐ 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.

Beneficiários	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.

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.

PLANO I – TERMO DE INSCRIÇÃO



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:

Informações para a FATCA	Possui domicílio fiscal nos Estados Unidos? ☐ Não ☐ Sim (Preencha campos abaixo)	
	País de Domicílio Fiscal ¹	TIN/NIF ²
	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	

Associado ABESPREV	Sem Vínculo (☐) Sem vínculo com associados da Abesprev – Associação de Defesa de Direitos Previdenciários dos Banespianos		
	<table border="1"> <tr> <td>Associado Abesprev (☐)</td> <td>Nome do Associado na Abesprev</td> <td>Parentesco</td> </tr> </table>	Associado Abesprev (☐)	Nome do Associado na Abesprev
Associado Abesprev (☐)	Nome do Associado na Abesprev	Parentesco	

☐ Declaro que o presente Termo de Inscrição ao Plano I da Mutuoprev, contém dados cadastrais incluídos por mim, pelos quais me responsabilizo.

☐ Autorizo a Mutuoprev a proceder as cobranças das contribuições básicas mensais, e se houver, contribuições de risco, contribuições eventuais, e a taxa administrativa.

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.

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