**TERMO DE ADESÃO AO PLANO MOEDAPREV**

**DADOS CADASTRAIS**

|  |
| --- |
| **Nome** |
| **Matrícula** | **Data de Admissão** | **Data de Nasc.** |
| **CPF** | **RG** | **Estado Civil** | **Sexo** |
| **Endereço** |
| **Município** | **Estado** | **CEP:** |
| **Telefone** | **Celular** | **E-mail** |

**DADOS BANCÁRIOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Banco** | **Agência** | **Conta Corrente** |

**INSCRIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS/DESIGNADOS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nome do Beneficiário/Designado** | **CPF** | **Sexo** | **Data de Nascimento** | **Parentesco** | **Inválido (Sim/Não)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

DECLARO QUE A(S) PESSOA(S) ACIMA SÃO MEUS BENEFICIÁRIOS/DESIGNADOS DE ACORDO COM O PREVISTO NO REGULAMENTO MOEDAPREV.

SOLICITO MINHA INSCRIÇÃO COMO PARTICIPANTE DO MOEDAPREV RESPONSABILIZANDO-ME PELAS INFORMAÇÕES PRESTADAS, DEVENDO COMUNICAR A CIFRÃO, POR ESCRITO, QUALQUER ALTERAÇÃO, NO PRAZO MÁXIMO DE 30 (TRINTA) DIAS, A PARTIR DO OCORRIDO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Opção pelo limite da Contribuição Normal NÃO ( ) SIM ( ) % | Pessoa Politicamente Exposta? NÃO ( ) SIM ( ) | Aposentado pelo INSS? NÃO ( ) SIM ( ) |

Assinatura

**REGIME DE TRIBUTAÇÃO**

Estou ciente que, conforme estabelecido na Instrução Normativa SRF nº 588, de 21/12/2005, que regulamenta a Lei nº 11.053, de 29/12/2004, tenho o prazo até o último dia útil do mês subsequente ao de minha inscrição no MoedaPrev para exercer minha opção a respeito do Regime Tributário com base na Tabela Regressiva, considerando as minhas contribuições feitas ao Plano MoedaPrev.

Estou ciente que caso não exerça tal opção dentro do prazo estabelecido estarei automaticamente enquadrado no Regime Tributário com base na Tabela Progressiva.

**LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS**

( ) Autorizo à CIFRÃO, em atendimento ao disposto na Lei nº 13.709, de 14/08/2018, o uso dos dados por mim fornecidos neste formulário no cadastro inscrito em meu nome perante esta Entidade Fechada de Previdência Complementar, bem como as minhas informações financeiras em posse dessa Entidade, sem que isso represente qualquer violação ao meu direito de privacidade e sigilo, **somente para finalidade exclusivamente previdenciária.**

Assinatura do Participante

**CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO COMO PARTICIPANTE NO PLANO MOEDAPREV**

CERTIFICAMOS QUE O SR.(A) MATRÍCULA é

participante do Plano MoedaPrev a partir da presente data, com direito aos Benefícios abaixo especificados, previstos e disciplinados no regulamento do plano, enquanto satisfazer as disposições contidas no citado regulamento:

**CONDIÇÕES PARA INSCRIÇÃO E MANUTENÇÃO COMO PARTICIPANTE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Aposentadoria****Programada** | **Aposentadoria por****Invalidez** | **Pensão por Morte** | **Abono Anual** | **Auxílio Doença** |
| **ELEGIBILIDADE** | 1. 60 contribuições mensais para o MoedaPrev;
2. possuir pelo menos 60 anos de idade;
3. rescindir contrato com a Patrocinadora.

A partir dos 50 anos, o Participante poderá antecipar a aposentadoria | Estar em gozo do mesmo benefício pelo INSS; | Benefício devido ao grupo de Beneficiários no caso de falecimento de Participante ativo ou assistido. | Benefício pago anualmente aos Assistidos com renda vitalícia e aos assistidos com renda por prazo certo desde que estes tenham optado. | Estar em gozo de mesmo benefício pelo INSS; |
| **VALOR** | Calculado atuarialmente com base no saldo de contas. | Calculado atuarialmente | Calculado atuarialmente | 1/12 quantos forem número de meses em benefício. | Valor correspondente à diferente positiva entre o Salário de Participação e o Auxílio Doença pagopelo INSS. |
| **REAJUSTE** | 1. **Renda por Prazo Certo**: serão recalculadas anualmente em janeiro, com base no saldo da Conta Benefício Individual e prazo remanescentes, na data do recálculo, e na taxa de juros vigente nesta data;
2. **Renda Vitalícia:** serão reajustadas anualmente no mês de janeiro, pela variação acumulada não negativa do IMP verificada nos 12 meses imediatamente anteriores

ao do reajuste. | Serão reajustados anualmente no mês de janeiro, pela variação acumulada não negativa do IMP verificada nos 12 meses imediatamente anteriores ao do reajuste.. | Serão reajustados anualmente no mês de janeiro, pela variação acumulada não negativa do IMP verificada nos 12 meses imediatamente anteriores ao do reajuste. |  | O auxílio doença será recalculado sempre que houver correção do salário-de-participação ou do benefício pago pela Previdência Social. |

**OPÇÃO DOS INSTITUTOS: O participante que tiver rescindido seu vínculo empregatício com a patrocinadora deverá optar por um dos Institutos abaixo:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **AUTOPATROCÍNIO** | **BENEFÍCIO PROPORCIONAL****DIFERIDO** | **RESGATE** | **PORTABILIDADE** |
| Instituto que faculta ao Participante- Ativo Patrocinado ou Licenciado a sua permanência no MoedaPrev nas mesmas condições de Participante Patrocinado, devendo o participante realizar, além de suas próprias contribuições, contribuições normais visando substituir aquelas que seriamdevidas pela Patrocinadora. | Instituto que faculta ao Participante-Ativo Patrocinado, Licenciado ou Autopatrocinado optar por receber, em tempo futuro, benefício atuarialmente equivalente à totalidade de sua Conta Ativo acumulada, respeitadas as condições previstas no Regulamento. | Instituto que faculta ao Participante Ativo optar por receber total ou parcialmente sua Conta Ativo, em virtude do cancelamento no MoedaPrev. | Instituto que faculta ao Participante-Ativo optar por transferir seus direitos acumulados no MoedaPrev para outro Plano de Previdência. |

Diretor de Seguridade

/2022

Defiro a presente inscrição a partir de /

Assinatura do Declarante

/ /2022

Rio de Janeiro,