

PROPOSTA DE

inscrição

Votorantim **REV**
CNPB nº 20.050.067-11

FUNSEJEM
www.funsejem.org.br

Nome _____ Empresa _____

Unidade (local de trabalho) _____ Nº de matrícula na empresa _____

Data de admissão ____/____/____ Data de nascimento ____/____/____ Sexo F M Estado civil _____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ CPF _____

RG _____ Órgão expedidor _____ Data da expedição ____/____/____

Endereço _____ Cidade _____

CEP _____ UF _____ E-mail _____ Telefone (____) _____

Solicito, pela presente, por ato de livre vontade, meu ingresso como participante da Fundação Sen. José Ermírio de Moraes, na qualidade de participante do Plano de Benefícios Votorantim Prev, e declaro estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no Regulamento do respectivo Plano, o qual recebo um exemplar nesta oportunidade, juntamente com o material explicativo.

Declaro ainda estar ciente e concordar que:

- ▶ Efetuarei a Contribuição Básica mensal ao Plano, conforme a opção abaixo;
- ▶ Poderei efetuar Contribuições Adicionais ao Plano correspondentes ao resultado obtido com a aplicação de um percentual livremente escolhido sobre o meu salário aplicável e/ou um valor expresso em moeda corrente nacional. As Contribuições Adicionais poderão ser efetuadas em qualquer época, mediante comunicação no mês anterior ao que se pretenda realizar integralmente a contribuição ou iniciar o recolhimento da contribuição;
- ▶ Se na folha de salário não houver, por qualquer motivo, o desconto da Contribuição Básica e da Adicional, se for o caso, ficarei obrigado a recolhê-las à Fundação, diretamente, ou por meio de estabelecimento bancário por esta indicado, até o último dia útil do mês de competência.

▶ OPÇÃO PELA CONTRIBUIÇÃO BÁSICA

De acordo com o disposto no Regulamento do Plano de Benefícios Votorantim Prev, autorizo que seja procedido o desconto mensal na minha folha de salários do percentual abaixo assinalado, a ser calculado sobre o meu salário aplicável:

0,5% 1% 1,5% 2% 2,5% 3% 3,5% 4% 4,5% 5% 5,5% 6%

Na hipótese de não efetuar a opção pelos percentuais acima, a Fundação considerará como Contribuição Básica o percentual de 0,5% sobre o salário aplicável. A qualquer tempo, poderei solicitar por escrito à Fundação a alteração do percentual anteriormente escolhido.

▶ OPÇÃO POR MODALIDADE DE INVESTIMENTO

Para aplicação dos recursos existentes no saldo de conta total registrado em meu nome, opto, a meu exclusivo critério e responsabilidade, pela modalidade de investimentos abaixo assinalada:

CONSERVADORA MODERADA AGRESSIVA SUPERAGRESSIVA

À Fundação caberá alocar meus recursos na modalidade escolhida no prazo de até 60 dias, a contar da data da minha opção.

Na hipótese de eu não exercer uma opção, e até que o prazo de alocação mencionado seja cumprido, meu saldo de conta total estará na modalidade conservadora. A qualquer tempo, poderei solicitar à Fundação a realocação do meu saldo de conta total para outra modalidade, a ser efetuada em até 60 dias contados da data da opção.

▶ OPÇÃO POR REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Declaro que nesta data tomei conhecimento da Lei nº 11.053, de 29/12/2004, que faculta aos participantes de planos de contribuição definida a opção pelo regime de tributação com alíquotas regressivas e, na qualidade de participante do Plano de Benefícios Votorantim Prev, venho por meio da presente:

- optar**, em caráter irrevogável, pelo regime regressivo de tributação, previsto na Lei nº 11.053, de 29.12.2004, que dispõe que os valores pagos aos participantes ou aos assistidos, a título de benefícios ou resgates de valores acumulados, sujeitam-se à incidência do imposto de renda na fonte, com alíquotas regressivas determinadas em função do prazo de acumulação dos recursos, conforme previsto no art. 1º da lei supracitada.
- não optar** pelo regime regressivo de tributação anteriormente citado. A não opção pelo regime regressivo de tributação caracterizará a manutenção do regime progressivo.

▶ PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Para fins da informação a prestar a seguir, declaro ter ciência que pessoa politicamente exposta significa o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou no exterior, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares, para fins da Instrução nº 26, os parentes da linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada.

Assim sendo, neste momento, declaro, em atendimento à Instrução nº 26, expedida pela então Secretaria de Previdência Complementar em 1º/9/2008, com o objetivo de coibir os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores, a informação que segue:

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

estou enquadrado na definição adotada às pessoas consideradas politicamente expostas.

▶ BENEFICIÁRIOS

Para todos os fins de direito, responsabilizo-me pela veracidade das informações inseridas nesta proposta de inscrição, comprometendo-me a respeitar e observar o Regulamento do Plano de Benefícios Votorantim Prev, bem como manter atualizadas as informações prestadas na presente, inclusive em relação aos meus dados e de meus beneficiários.

Na oportunidade, declaro a seguir a relação dos meus beneficiários e beneficiários indicados nos termos do Regulamento do referido Plano.

Definição de beneficiários: cônjuge ou companheiro de participante, ex-cônjuge/companheiro, filhos e enteados solteiros menores de 21 anos de idade, ou inválidos, que tenham a condição de dependentes perante a Previdência Social. Filhos e enteados solteiros até os 24 anos de idade, se cursando ensino superior reconhecido pelo órgão governamental competente.

A perda da condição de dependente ou a conclusão, interrupção ou suspensão de curso de ensino superior referente aos filhos e aos enteados solteiros menores de 24 anos de idade implica, automaticamente, a perda da condição de beneficiário no Plano de Benefícios Votorantim Prev.

É de minha responsabilidade, do beneficiário ou do representante legal comunicar à Fundação eventual perda da condição de beneficiário por qualquer razão.

1. Nome _____ Sexo F M

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Grau de parentesco _____ CPF _____

2. Nome _____ Sexo F M

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Grau de parentesco _____ CPF _____

3. Nome _____ Sexo F M

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Grau de parentesco _____ CPF _____

4. Nome _____ Sexo F M

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Grau de parentesco _____ CPF _____

▶ BENEFICIÁRIOS INDICADOS

Definição: todas e quaisquer pessoas físicas inscritas pelo participante no Plano de Benefícios Votorantim Prev que, na falta de beneficiários, poderão receber benefício na forma prevista no Regulamento do respectivo Plano.

1. Nome _____ Sexo F M

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Grau de parentesco _____ CPF _____

2. Nome _____ Sexo F M

Data de nascimento ____ / ____ / ____ Grau de parentesco _____ CPF _____

Local e data: _____, ____ / ____ / ____

Assinatura do participante _____

PARA USO EXCLUSIVO DA FUNDAÇÃO

Este formulário deverá ser encaminhado para a Funsejem em até 30 dias para o devido lançamento das informações de contribuição, perfil de investimento, regime tributário e demais dados cadastrais. Sobre a opção tributária, especificamente, informamos que ela é cadastrada na Receita Federal, e que o prazo acima também deve ser observado. Funsejem: Av. Jabaquara, 1909, 2º andar, Mirandópolis, São Paulo/SP, CEP 04045-003. Tel.: 11 3386-6500. Email: funsejem@funsejem.org.br.