



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO PLANO POSTALPREV

Identificação: FM.GCC.INS.PP.01
Versão: 01
Data: 09.04.2012
Página: 01 de 03



INSTITUTO DE SEGURIDADE SOCIAL DOS CORREIOS E TELÉGRAFOS
CNPJ: 00.627.638/0001-57
SCS - QUADRA 03 BLOCO A Nº 119 - ED. POSTALIS
Telefone: (61) 2102-6966 - FAX: (61) 2102-6993
CEP: 70.300-903 - BRASÍLIA - DF

Dados do Proponente

NOME DO PROPONENTE CONTRATANTE:		MATRÍCULA:	DR:
DATA DE ADMISSÃO NA PATROCINADORA:	CARTEIRA DE IDENTIDADE:	ORGÃO EXPEDIDOR:	
CPF:	ESTADO CIVIL:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:

Por meio da presente proposta de inscrição, firmada através deste Termo de Adesão ao POSTALPREV - Plano de Contribuição Variável, plano de caráter previdenciário inscrito no Cadastro Nacional de Planos de Benefício do Ministério da Previdência Social sob o nº 20.020.047-65 e administrado pelo Instituto de Seguridade Social dos Correios e Telégrafos - POSTALIS, neste ato representado pelos seus responsáveis legais, o(a) proponente contratante acima qualificado declara, expressamente:

1. sua intenção, extensiva a seus beneficiários e herdeiros, de inscrever-se como Participante do Plano POSTALPREV, estando, portanto, sujeito, única e exclusivamente, aos direitos, deveres e obrigações constantes de seu Regulamento;
2. que recebeu previamente toda a documentação, tal como Estatuto do POSTALIS, Regulamento do Plano POSTALPREV e Manual do Participante em linguagem simples e acessível, manifestando, neste ato, compreensão de todo o seu conteúdo e anuência quanto aos termos e condições estabelecidos, em especial no que se refere ao elenco dos benefícios oferecidos, sobre as condições de sua elegibilidade e forma de cálculo e o respectivo plano de custeio, com os quais concorda;
3. que tem ciência e concordância de que qualquer alteração que venha a ocorrer na legislação brasileira ou no Regulamento do POSTALPREV é aplicável a todos os seus participantes e assistidos, sendo assegurada ao participante, entretanto, a aplicação da versão do Regulamento vigente na data em que o participante se tornou elegível a um benefício de aposentadoria previsto no Plano;
4. que autoriza a Patrocinadora à qual se vincula como empregado a descontar do seu salário as contribuições mensais e transferi-las ao Plano POSTALPREV, conforme previsto no Regulamento e de acordo com as taxas iniciais abaixo descritas:

CONTRIBUIÇÃO DO PARTICIPANTE AO PLANO POSTALPREV

[] **MANUTENÇÃO DO NÍVEL CONTRIBUTIVO**, conforme artigo 91 do regulamento (válido somente para os participantes do plano BD oriundos de SAD (até 30 dias após o retorno) ou saldado em 29/02/2008 conforme orientação do COD - Conselho Deliberativo do Postalís).

CONTRIBUIÇÃO BÁSICA conforme artigo 26:

Parcela P: [] 1% [] 2% [] 3% [] 4%, Incidente sobre o Salário de Contribuição; e quando for o caso,

Parcela K: [] 0% [] 1% [] 2% [] 3% [] 4% [] 5% [] 6% [] 7% ou [] 8% sobre o que exceder a 11 UPP's.

CONTRIBUIÇÃO VOLUNTÁRIA de _____% (_____ por cento), incidente sobre o Salário de Contribuição (máximo 15% a.m, artigo 28).

CONTRIBUIÇÃO ESPECÍFICA DE PARTICIPANTE, conforme prevista no Plano de Custeio art. 27 do Regulamento.

NOTA: Na falta de desconto da contribuição em folha, o Participante deverá recolhê-la diretamente ao Postalís.



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO PLANO POSTALPREV

Identificação: FM.GCC.INS.PP.01
Versão: 01
Data: 09.04.2012
Página: 02 de 03

Nome do Proponente Contratante:	Matrícula:	DR:
---------------------------------	------------	-----

5. a relação, a seguir, de seus Beneficiários e, na falta destes, dos seus Beneficiários Indicados, os quais atendem ao disposto no Regulamento do Plano POSTALPREV (artigos 14, 15 e 16):

Relação dos Beneficiários (artigo 14)					
Nº	Nome	Grau de Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Identidade/Certidão/UF
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Relação dos Beneficiários Indicados (artigo 16)					
Nº	Nome	Grau de Parentesco	Sexo	Data de Nascimento	Identidade/Certidão/UF
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

Obs.: Caso o número de linhas seja insuficiente, tirar cópia, preencher e anexar. Inscrições de efeito meramente declaratório, devendo sua condição ser comprovada por ocasião do requerimento de benefícios e manutenção de cadastro.

6. que deseja fazer opção pelo regime de tributação previsto no art. 1º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004:

Sim (regime Regressivo) Não Exercício do prazo legal para opção (30 dias).
Na falta de opção, prevalece regime progressivo.

7. que, de acordo com a Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998, que dispõe sobre os crimes de "lavagem" ou ocultação de bens, direitos e valores e de acordo com o teor da Instrução Normativa nº 26 de 01/09/2008 da Secretaria de Previdência Complementar, artigos 1º e 2º, declara ser PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (*):

Sim Não

8. que, para estabelecimento do cálculo dos benefícios de Aposentadoria por Invalidez e Pensão por Morte:

a) é portador de qualquer anormalidade ou deficiência física (órgãos, membros), neurossensorial (órgãos dos sentidos) ou mental (caso afirmativo especificar, abaixo, o grau da anormalidade ou deficiência)?



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO PLANO POSTALPREV

Identificação: FM.GCC.INS.PP.01
Versão: 01
Data: 09.04.2012
Página: 03 de 03

Nome do Proponente Contratante:	Matrícula:	DR:
---------------------------------	------------	-----

b) sofre ou sofreu, nos últimos 3 anos, de moléstia que tenha obrigado a hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas, manter controle periódico ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho (caso afirmativo indicar, abaixo, a moléstia e detalhes)?

c) já teve proposta de seguro de vida ou de acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora (caso afirmativo, indicar, abaixo, a época e a seguradora)?

8.1 Havendo registro de doença ou anomalia grave, fica convencionado que os benefícios de Aposentadoria por Invalidez ou de Pensão por Morte, caso ocorram, terão seu valor calculado considerando-se apenas os saldos das Contas de Contribuição de Participante e de Patrocinadora, excluindo-se, portanto, a utilização da Conta Individual de Risco, nos termos do Regulamento do POSTALPREV;

8.2 Mesmo não havendo registro das situações acima explicitadas, o Participante autoriza o POSTALIS a obter informações junto a seu prontuário médico, caso em que, uma vez constatado que era de seu conhecimento a existência de doença ou anomalia grave pré-existentes, o cálculo dos benefícios de Aposentadoria por Invalidez ou de Pensão por Morte terão o mesmo tratamento disposto no subitem 8.1;

9. que autoriza o POSTALIS a obter seus dados pessoais e funcionais com seu empregador, a fim de inseri-los e mantê-los atualizados no cadastro do Plano POSTALPREV;

10. estar ciente de que qualquer informação inverídica aqui prestada caracteriza crime de falsidade ideológica, nos termos da legislação vigente, e sujeita o participante a arcar com todos os ônus que a mesma tenha causado ou venha a causar ao Plano POSTALPREV ou ao POSTALIS.

Sendo expressão de sua vontade, o(a) Proponente assina o presente Termo de Adesão ao Plano POSTALPREV, em 3 (três) vias de igual teor e forma, para que se produzam os jurídicos e legais efeitos.

Contratante _____, ___/___/___ _____ Assinatura	Atendente/Coordenador NRP _____, ___/___/___ _____ Assinatura/Carimbo	Diretor de Seguridade _____, ___/___/___ _____ Assinatura
--	--	--

(*) Definição de PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA: São consideradas pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado cargos, empregos ou funções públicas relevantes, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, nos 5 (cinco) anos anteriores à data de início da relação jurídica (inscrição) com o Postalís, assim como seus representantes, familiares (incluindo cônjuge, companheiro, enteado e parentes na linha direta de 1º grau) e pessoas de seu relacionamento próximo.