

NOME	<input type="text"/>	CHAPA	<input type="text"/>
EMPRESA	<input type="text"/>	CPF	<input type="text"/>
		TEL.	<input type="text"/>
E-MAIL	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>

Declaro, para os devidos fins, ter recebido nesta data as informações sobre o Plano de Benefícios da Abrilprev Sociedade de Previdência Privada, patrocinado pela empresa acima, e formalizo minha opção pelo referido plano. Declaro ainda ter recebido manual impresso contendo o Regulamento e o Estatuto da Abrilprev, assim como o Certificado do Participante. Autorizo a Empresa Patrocinadora a efetuar os descontos em folha de pagamento relativos às contribuições para o Plano de Benefícios da Abrilprev, de acordo com as opções abaixo:

CONTRIBUIÇÕES**▪ CONTRIBUIÇÃO BÁSICA****Para salário até R\$ 4.283,60:**

Calcule 1% do salário.

 1%**Para salário acima de R\$ 4.283,60**

Calcule R\$ 42,83 + o percentual assinalado abaixo sobre o valor que exceder R\$ 4.283,60.

 1,5% 2% 2,5% 3% 3,5% 4% 4,5%**OBS.:** Sobre a contribuição básica há contrapartida da empresa.**▪ CONTRIBUIÇÃO ADICIONAL**

A contribuição adicional é facultativa, para o participante que deseja depositar mais que a alíquota máxima da contribuição básica.

 % sobre o valor da contribuição básica**OBS.:** Sobre a contribuição adicional não há contrapartida da empresa.**» Para simular o valor das contribuições básica e adicional, acesse www.abrilprev.com.br****OPÇÃO DO REGIME DE TRIBUTAÇÃO PELA TABELA REGRESSIVA DO IMPOSTO DE RENDA** SIM NÃO

Estou ciente de que esta opção é irrevogável, mesmo na hipótese de eventual transferência ou portabilidade, e dela resultará que os valores recebidos a título de resgate ou benefício estarão sujeitos à incidência, na fonte, do imposto de renda calculado de acordo com as alíquotas aplicáveis nesse regime, em caráter definitivo e, portanto, não sujeitos a ajustes na declaração anual. As alíquotas aplicáveis para determinação do imposto de renda devido serão estabelecidas com base no prazo de acumulação dos recursos, que será o tempo decorrido entre o aporte dos recursos no plano e o pagamento do resgate ou benefício.

PRAZO DE ACUMULAÇÃO	ALÍQUOTA DE IR NA FONTE
Até 2 anos	35%
De 2 a 4 anos	30%
De 4 a 6 anos	25%
De 6 a 8 anos	20%
De 8 a 10 anos	15%
Mais de 10 anos	10%

Continua na pág. seguinte →

BENEFICIÁRIOS

Inscrovo como Beneficiários Indicados, para recebimento de Pensão por Morte, as seguintes pessoas físicas, com os respectivos percentuais de benefício (Obs.: a soma dos percentuais não pode ultrapassar 100%):

	NOME	CPF	PARENTESCO	NASCIMENTO	%
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					

OBS.: Na ausência de indicação específica de distribuição de percentuais de benefício, o rateio será feito em partes iguais. Na ausência de Beneficiário Indicado, os valores serão pagos aos Beneficiários Dependentes ou aos herdeiros designados em inventário judicial.

■ BENEFICIÁRIOS MENORES DE 18 ANOS (OPCIONAL)

Conforme o item 8.5.5 do Regulamento do Plano de Benefícios, o participante poderá definir, antecipadamente, um limite (em %) para o recebimento do benefício de Pensão por Morte da parte do rateio que couber ao Beneficiário menor de 18 (dezoito) anos de idade. A definição antecipada não é obrigatória e tem por objetivo oferecer um meio de proteger o patrimônio do Beneficiário menor até que ele atinja a maioridade e decida sobre essa opção.

	NOME (BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS)	CPF	PARENTESCO	NASCIMENTO
a)				
b)				
c)				
d)				
e)				

FORMA DE RECEBIMENTO DA PENSÃO POR MORTE (PARA MENOR DE 18 ANOS)

1) Renda mensal correspondente ao percentual do saldo de sua parte do rateio, conforme tabela abaixo:

EVOLUÇÃO DA RENDA MENSAL EM % DO SALDO POR IDADE DO BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS (ENTRE 0,1% E 2,5% AO MÊS)																		
Menor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
a)																		
b)																		
c)																		
d)																		
e)																		

2) Renda mensal em número constante de cotas, pelo período de _____ anos (entre 5 e 20 anos)

3) Renda mensal de _____ reais (máximo de 2,5% do saldo de conta total)

NÃO DESEJO ME INSCREVER NO PLANO – Estou ciente de que posso aderir à Abrilprev posteriormente, a qualquer tempo.

, de _____ de 20_____

Assinatura: _____