Plano Usiprev

TERMO DE OPÇÃO

Previdência Usiminas
Av. Contorno, 6.594
12º andar, Sala 1202
Savassi | Belo Horizonte | MG
CEP: 30110-044
T: 0800 083 1111

DADOS DO EMPREGADO		
NOME		CPF
PATROCINADORA	DATA DE ADMISSÃO	MATRÍCULA

DECLARAÇÃO DE OPTANTE

O SIGNATÁRIO, NA CONDIÇÃO DE EMPREGADO DA PATROCINADORA ACIMA IDENTIFICADA, REQUER SUA INSCRIÇÃO NO PLANO DE BENEFÍCIOS 2 - USIPREV, ADMINISTRADO PELA PREVIDÊNCIA USIMINAS, OBSERVADAS AS CONDIÇÕES PARA INGRESSO PREVISTAS NO ESTATUTO E REGULAMENTO DO REFERIDO PLANO, AUTORIZANDO A PATROCINADORA A DESCONTAR DE SEU SALÁRIO DE PARTICIPAÇÃO (SP), NA FOLHA DE PAGAMENTO, A RESPECTIVA CONTRIBUIÇÃO MENSAL, CONFORME OPÇÃO ASSINALADA ABAIXO.

DECLARA TER TOMADO PLENO CONHECIMENTO DAS CONDIÇÕES PREVISTAS PARA INGRESSO NO REFERIDO PLANO, BEM COMO TER RECEBIDO, NO ATO DO REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO, CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO, UM EXEMPLAR DO ESTATUTO DA PREVIDÊNCIA USIMINAS, DO REGULAMENTO DE BENEFÍCIOS DESTE PLANO E DA CARTILHA DO PARTICIPANTE, ESTANDO DE ACORDO COM AS NORMAS ESTATUTÁRIAS E REGULAMENTARES NELES CONTIDAS.

OPÇÃO DO PERCENTUAL INICIAL DE CONTRIBUIÇÃO

***ATENÇÃO*: PARA SALÁRIO DE PARTICIPAÇÃO ACIMA DE 10 UNIDADES PREVIDÊNCIA USIMINAS O PERCENTUAL MÍNIMO OBRIGATÓRIO É DE 2%**

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

☐ 5,5% ☐ 6% ☐ 6,5% ☐ 7% ☐ 7,5% ☐ 8% ☐ 8,5% ☐ 9% ☐ 9,5% ☐ 10% ☐ _____ OUTRO

POLITICAMENTE EXPOSTO

○ Sim ○ Não

É CONSIDERADA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA O AGENTE PÚBLICO (DEPUTADO, SENADOR, PROCURADOR DA REPÚBLICA, MINISTRO DE ESTADO, MEMBRO DO STF), SEUS FAMILIARES (PARENTE, NA LINHA DIRETA, ATÉ PRIMEIRO GRAU, CÔNJUGE, COMPANHEIRO/A, ENTEADO/A), REPRESENTANTES E ESTREITOS COLABORADORES, QUE DESEMPENHAM OU TENHAM DESEMPENHADO, NOS ÚLTIMOS 5 ANOS, NO BRASIL OU EXTERIOR, CARGO, EMPREGO OU FUNÇÃO PÚBLICA RELEVANTE.

DECLARAÇÃO DE NÃO OPTANTE

O SIGNATÁRIO, NA CONDIÇÃO DE EMPREGADO DA PATROCINADORA ACIMA IDENTIFICADA, TENDO TOMADO PLENO CONHECIMENTO DO REGULAMENTO DO PLANO DE BENEFÍCIOS 2 – USIPREV ADMINISTRADO PELA PREVIDÊNCIA USIMINAS, INCLUSIVE DAS CONDIÇÕES PREVISTAS PARA INGRESSO NO MESMO, DECLARA NÃO TER INTERESSE EM SE INSCREVER NO REFERIDO PLANO.

☐ **NÃO OPTANTE PELO USIPREV**

LOCAL / DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE

PARA USO EXCLUSIVO DA PREVIDÊNCIA USIMINAS

INSCRIÇÃO NO USIPREV	REPRESENTANTE DA PREVIDÊNCIA USIMINAS	
DATA	__/__/____ DATA	_____ ASSINATURA / CARIMBO

COMPROVANTE DE ENTREGA DO TERMO DE OPÇÃO / DECLARAÇÃO

NOME DO EMPREGADO	MATRÍCULA	DATA DO RECEBIMENTO

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO (ASSINATURA / CARIMBO)	SITUAÇÃO:
	☐ **OPTANTE** _____% ☐ **NÃO OPTANTE**

Acesse o QR Code ou o link abaixo com o conteúdo do kit Usiprev:
www.previdenciausiminas.com/nossos-planos/integracao-ao-usiprev

Previdência USIMINAS