PEDIDO DE INSCRIÇÃO (PIN)

Plano de Aposentadoria SIAS - PrevSIAS (CNPB: 2013.0011-18)

A - Identificação do participante

Nome			Sexo ☐ M ☐ F
CPF	RG	Órgão expedidor	Data de expedição

B - Contribuição Básica

É a contribuição feita pelo participante, de caráter obrigatório e mensal, em valor livremente escolhido e em moeda corrente no país, sendo, no mínimo, de 1 (uma) UP. A UP corresponde ao valor de R$ 90,49 em 2022, sendo reajustada anualmente com base na variação do INPC-IBGE.

Informe o valor de sua contribuição básica mensal:

R$_____	Valor por extenso

Nota: Se a opção for pela contribuição mínima, ou seja, 1 (uma) U.P., o valor será reajustado automaticamente pelo INPC em janeiro de cada ano.

C - Opção para pagamento das contribuições

I - ☐ Boleto Bancário II - ☐ Desconto em folha , caso o empregador tenha convênio específico com a SIAS

Autorização de Desconto em folha (caso escolha a opção II)

Autorizo a SIAS a proceder ao desconto, em folha de pagamento/benefício, da contribuição para o Plano PrevSIAS do participante qualificado, neste requerimento, do valor da minha renda (vencimento, provento, salário ou suplementação). ☐ SIM ☐ NÃO

Regime de Tributação

A lei 11.053, de 29/12/2004, determina que, no momento da inscrição em um plano de previdência complementar, estruturado na modalidade de contribuição definida, você deverá optar pelo regime de tributação que incidirá sobre seu plano de previdência complementar. Esta opção é aplicável quando do pagamento de Benefício ou Resgate, sendo irrevogável e irretratável.

☐ OPÇÃO 1: Opto pelo regime de tributação progressivo, na forma da Lei nº 11.482/2007, alterada pela Lei nº 12.469/2011.

☐ OPÇÃO 2: Opto pelo regime de tributação regressivo, na forma do art. 1º da Lei nº 11.053, de 29/12/2004.

Nota: Antes de preencher acima, leia o ofício "Entendendo os Regimes de Tributação".

Pessoa Politicamente Exposta (Instrução MPS/SPC nº 26/2008, de 1º/09/2008)

Exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? ☐ SIM ☐ NÃO

Possui relacionamento com pessoa que exerce ou exerceu nos últimos cinco anos algum cargo, emprego ou função pública relevante? ☐ SIM ☐ NÃO

Nota: Em caso afirmativo à pergunta acima, preencher o formulário "Declaração de Pessoa Politicamente Exposta - PPE".

A inclusão e alteração do dependente previdenciário é de responsabilidade do participante. Não é feita automaticamente. É necessário que o participante assine e encaminhe à SIAS a manifestação de sua opção.

D - Códigos de beneficiários

Beneficiário	Código	Beneficiário	Código	Beneficiário	Código
Cônjuge ou companheiro(a)	1	Filho inválido	4	Irmão(a)	7
Ex-Cônjuge	2	Pai (dependente econômico)	5	Outros	8
Filho(a) (menor de 21 anos)	3	Mãe (dependente econômico)	6		

E - Relação de Beneficiários (Art. 3º, alínea III do regulamento)

Consideram-se Beneficiários os dependentes que o participante indicar e que, nessa qualidade, tenham sido reconhecidos pela Previdência Social.

Nome	Dt de nasc.	Sexo	CPF	Código	Inválido	Proporção

F - Relação de Beneficiários Indicados para o recebimento do Saldo de conta (Art. 3º, alínea IV do regulamento)

No caso de falecimento do Participante, não havendo Beneficiários, o Beneficiário indicado receberá, na forma de pagamento único, o saldo da Conta do Participante determinado na data de cálculo, de acordo com a proporção indicada.

Nome	Dt de nasc.	Sexo	CPF	Código	Proporção

G - Declaro ter pleno conhecimento do Estatuto da Sociedade Ibgeana de Assistência e Seguridade - SIAS e do Regulamento do Plano de Aposentadoria SIAS - PrevSIAS, ao qual, por livre e espontânea vontade, manifesto interesse em me inscrever. Para tal fim, declaro assumir inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão das informações prestadas neste Pedido de Inscrição (PIN), devendo prontamente informar à SIAS a ocorrência de qualquer alteração.

Local e data

Assinatura do participante ou representante legal*

Nome do representante legal:

CPF:

*O Pedido de Inscrição (PIN) deve ser assinado pelo representante legal, caso o participante seja menor de 18 anos de idade.

Para preenchimento exclusivo da entidade	
REPRESENTANTE SIAS	DIRETOR-PRESIDENTE
( ) Deferido Para ____ /____ /20___ ( ) Indeferido - Motivo Data Assinatura e carimbo	( ) Deferido Para ____ /____ /20___ ( ) Indeferido - Motivo Data Assinatura e carimbo