



ELETRA

TERMO DE ADESÃO AO CELGPREV – SEM A COBERTURA DOS BENEFÍCIOS DE RISCO

Nome:			Matricula:	Patrocinador:	
Data de Nascimento:	Data de Admissão:	CPF:	RG:	Órgão Expedidor:	
/ /	/ /				
Sexo:	Estado Civil:		Instrução		
Rua:			Quadra/Lote/Apartamento		
Bairro:		Cidade:	Estado:		
CEP	Telefone Residencial ()		Local de Trabalho/Fone:		
Telefone Celular	E-mail:				

Solicito, formalmente e de livre e espontânea vontade, pelo presente, minha inscrição como participante do Plano CELGPREV, aprovado pela Secretaria de Previdência Complementar, por intermédio do Ofício n.º 3.004/SPC/COJ, de 05/10/2000.

Declaro estar ciente e concordar com todos os direitos e obrigações previstos no Estatuto e no Regulamento do Plano, este com as alterações aprovadas pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar, por intermédio do Ofício 1908/2014/CGAT/DITEC/PREVIC, de 02/06/2014, dos quais recebo um exemplar nesta oportunidade, juntamente com o material explicativo.

Autorizo que seja procedido o desconto mensal em folha de pagamento de salário da minha Contribuição Normal, no percentual de _____% (_____ **por cento**), estando ciente de que a Patrocinadora também fará a Contribuição Normal no mesmo percentual por mim escolhido, limitado em 20% (vinte por cento) do meu salário de contribuição.

Autorizo, ainda, o desconto mensal do percentual previsto no Plano de Custeio Anual para cada exercício sobre o meu salário de contribuição, visando a cobertura das despesas administrativas.

Declarando estar ciente de que o Plano oferece a opção de cobertura dos benefícios de risco, cobertura está condicionada à realização de um exame médico admissional (art. 9º, § 1º) e, ainda, ao pagamento de uma jóia, calculada atuarialmente (art. 9º, § 4º) e de uma contribuição mensal, prevista no Plano de Custeio Anual, para o custeio dos referidos benefícios (art. 44, II), registro, no presente Termo, conforme faculdade prevista no art. 9º, § 1º do Regulamento do Plano, a minha livre e expressa opção pela não cobertura daqueles benefícios de risco (suplementação de aposentadoria por invalidez e suplementação de pensão por morte), razão pela qual ficarei dispensado do cumprimento das obrigações mencionadas neste parágrafo.

Comprometo-me a manter atualizados os meus dados acima mencionados.

_____, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Participante

ELETRA – Fundação Celg de Seguros e Previdência

Opto pelo regime de Tributação Regressiva , previsto no art.2º da Lei nº 11.053, de 29/12/2004, ciente de que esta opção é irrevogável	Opto pelo regime atual da Tributação Progressiva .
_____ Ass. do Participante	_____ Ass. do Participante

Exame Médico – Relatório _____