

Identificação	Plano vinculado ao Participante ▶		Plano de Benefícios		Patrocinadora		Matricula		
	Nome Completo do Participante						CPF		
	Nome Completo do Beneficiário (No caso de Beneficiário de Pensão)						CPF		
	Data de Nascimento		Sexo	Estado Civil		Naturalidade (Cidade)		UF	Nacionalidade (País)
	Nome Completo do Cônjuge/Companheiro						CPF		
Endereço	Logradouro				Número		Complemento		
	Bairro			Cidade				UF	CEP
	DDD	Telefone Fixo		DDD	Celular	E-mail			
Resp. Legal	▼ Preencher o responsável legal em caso de pensão (se houver)								
	Nome Completo do Responsável Legal						CPF		
	DDD	Telefone Fixo		DDD	Celular	E-mail			
\$	Dados Bancários do Participante/Pensionista/Resp. Legal ▶				Banco	Agência	Conta Corrente		Dígito
	Dependentes para Imposto de Renda	1	Nome Completo do Dependente 1				CPF		Data de Nascimento
Sexo		Estado Civil		Parentesco		Inválido <input type="checkbox"/>	Universitário <input type="checkbox"/>		
2		Nome Completo do Dependente 2				CPF		Data de Nascimento	
Sexo		Estado Civil		Parentesco		Inválido <input type="checkbox"/>	Universitário <input type="checkbox"/>		
3		Nome Completo do Dependente 3				CPF		Data de Nascimento	
Sexo		Estado Civil		Parentesco		Inválido <input type="checkbox"/>	Universitário <input type="checkbox"/>		
4		Nome Completo do Dependente 4				CPF		Data de Nascimento	
Sexo		Estado Civil		Parentesco		Inválido <input type="checkbox"/>	Universitário <input type="checkbox"/>		
Pessoa Politicamente Exposta	Conforme Instrução PREVIC nº 18 de 24/12/2014, informar se exerce ou exerceu nos últimos 5 anos, função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de relacionamento próximo. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
	Caso tenha exercido, descreva a função abaixo:					Período			
						De	a		
	Há Familiares, Pessoas Próximas e/ou Representantes, que exercem ou exerceram, nos últimos cinco anos, uma das funções públicas relevantes? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								
	Havendo pessoas nessas condições preencha as informações abaixo								
	Nome Completo					CPF			
Parentesco ou Tipo de Relação					Período				
					De	a			
Indique a função pública exercida:									

Informações para FATCA

Possui domicílio fiscal¹ nos Estados Unidos?

SIM, possuo domicílio¹ fiscal nos Estados Unidos e, para fins de reporte dos dados financeiros e cadastrais das contas de depósito e/ou de investimentos de que sou titular para as autoridades fiscais dos Estados Unidos, informo que o meu Número de Identificação Fiscal - NIF (*Tax identification Number – TIN*)² é _____.

NÃO possuo domicílio¹ fiscal nos Estados Unidos, pois me enquadro em uma ou mais das situações abaixo descritas, conforme assinalada(s) por mim³:

- Nos Estados Unidos, atuo como diplomata estrangeiro ou ocupo cargos em consulados, embaixadas ou organizações internacionais.
- Sou esposa(o) ou filho(a) solteiro(a) menor de 21 (vinte e um) anos de pessoas que atendem às condições 1 ou 2 acima descritas.
- Não está caracterizada minha presença substancial nos Estados Unidos, ou seja, no somatório dos últimos três anos (incluindo o ano presente) não estive nos Estados Unidos por mais de 183 dias considerando a integralidade dos dias deste ano, um terço dos dias do ano passado e um sexto dos dias do ano anterior.
- Abduquei da nacionalidade ou cidadania dos Estados Unidos conforme Certificado de Perda de Nacionalidade (*Certificate of Loss of Nationality*), emitido pelo *Bureau of Consular Affairs* do Estado dos Estados Unidos, anexo a este formulário.
- Apesar de ter nascido nos Estados Unidos, conforme declaração anexa, renunciei à cidadania dos Estados Unidos (embora ainda não possua o Certificado correspondente) ou não adquiri tal cidadania ao nascer.
- Não possuo visto do tipo “*Green Card*” e não solicitei tal visto aos Estados Unidos.
- Abduquei do meu visto do tipo “*Green Card*”, conforme Certificado de Abandono do *Green Card*, emitido por autoridade consular dos Estados Unidos no Brasil, anexo a este formulário.

Possui domicílio fiscal¹ em outro país além do Brasil?

NÃO.

SIM. Indicar todos os países, exceto Estados Unidos, em que possui domicílio fiscal¹

País de Domicílio Fiscal ¹	TIN / NIF ²	Caso não possua TIN/NIF ² , assinalar motivo	
		País não emite TIN/NIF ² para seus residentes	Cliente não obteve o TIN / NIF ² (preencher item C abaixo)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indicar justificativa para a ausência de TIN / NIF²: _____.

Declaro, sob as penas da lei, que todas as informações fornecidas neste Formulário, inclusive número de inscrição para fins fiscais, são verdadeiros, válidos, corretos e completos.

Estou ciente de que devo atualizar as informações fornecidas neste Formulário em até 10 (dez) dias, sempre que sofrerem alteração de fato que as tornem incorretas ou incompletas, mediante notificação ao BANESPREV, bem como, sempre que requerido, na forma e no prazo informados pelo BANESPREV.

Autorizo o BANESPREV a fornecer este formulário, as informações deles constantes, bem como os dados financeiros relativos ao Plano de Previdência administrado pelo BANESPREV às autoridades brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, dos acordos internacionais firmados pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na jurisdição na qual nasci, ou das quais sou cidadão, nacional ou residente.

¹ Domicílio fiscal ou residência fiscal refere-se à jurisdição/país para fins de imposto de renda e/ou outras obrigações fiscais.

² NIF ou TIN refere-se ao documento emitido pelas jurisdições/países, o que equivale ao CPF no Brasil.

³ Se assinalados os itens 5, 6 ou 8, deve ser encaminhada documentação comprobatória para que a presente declaração seja considerada válida.

TERMO DE COMPROMISSO

- I** – Estou ciente e de acordo de que em caso de recebimento de valores pagos a maior pelo Banesprev, além de informar a situação à Entidade, serei descontado mensalmente no limite de 30% (trinta por cento) do meu benefício até o completo exaurimento da dívida;
 - II** – Estou ciente e de acordo de que caso o meu benefício dependa do valor do INSS, sempre que houver alteração no mesmo, terei que informar imediatamente a entidade, e, havendo diferença a ser devolvida ao Banesprev, serei descontado mensalmente no limite de 30% (trinta por cento) do meu benefício até o completo exaurimento da dívida (corrigido mensalmente o saldo devedor, pela variação do INPC-IBGE);
 - III** – Estou ciente e de acordo de que caso meu benefício do INSS seja encerrado e meu benefício no Banesprev esteja vinculado ao mesmo, devo comunicar imediatamente o BANESPREV, e, havendo valores pagos a maior, o mesmo será descontado automaticamente da conta cadastrada. Em caso de diferenças a receber, o mesmo será pago na próxima folha, extinguindo assim o meu direito perante o Banesprev.
 - IV** – Estou ciente e de acordo de que minha família deverá comunicar imediatamente o Banesprev o meu falecimento, e, havendo valores pagos a maior, haverá desconto no montante a ser pago aos beneficiários. Caso não haja pensão a ser paga aos beneficiários, haverá desconto debitado automaticamente da minha conta cadastrada. Neste caso, não havendo saldo suficiente ou, se a conta já estiver inativa, os meus familiares deverão devolver o montante ao Banesprev por meio de depósito bancário.
- Por sua vez, havendo pensão, o montante será descontado do benefício devido aos beneficiários.
- Declaro ciência das condições acima referidas e do crime de enriquecimento ilícito em caso de recebimento de valores a que não faço jus.

<p>Local e Data</p>	<p>Assinatura do Declarante (Abonar Assinatura)</p>
----------------------------	--