

Nome:

ID: **Profissão/Cargo:** **Sexo:** Feminino Masculino

Nacionalidade: **Natural de:** **UF:**

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Outro **Data de Nascimento:** / /

Cônjuge:

Filiação Mãe: **Pai:**

RG: **Orgão Expedidor:** **Data da Expedição:** **CPF:**

Endereço: **CEP:**

Bairro: **Cidade:** **UF:**

Telefone Fixo: **Celular:**

E-mail Profissional:

E-mail Pessoal:

Eu, abaixo assinado(a), empregado(a) da

- Reckitt Benckiser Brasil Ltda.
- Reckitt Benckiser (Brasil) Comercial de Produtos de Higiene, Limpeza e Cosméticos Ltda.
- Reckitt Benckiser Health Comercial Ltda.
- Mead Johnson do Brasil Comércio e Importação de Produtos de Nutrição Ltda.

solicito, por meio da presente Proposta de Inscrição, o ingresso na ReckittPrev – Reckitt Benckiser Sociedade Previdenciária, na qualidade de Participante do Plano de Benefícios II. Declaro estar ciente e concordar, após lido e compreendido, com todos os direitos e obrigações previstos no Estatuto e no Regulamento do Plano de Benefícios II, dos quais neste ato recebo um exemplar juntamente com o Material Explicativo, disponível no site.

Beneficiários

DECLARO SEREM MEUS BENEFICIÁRIOS — O cônjuge ou o companheiro de Participante falecido que tiver a condição de dependente na Previdência Social, os filhos menores de 21 (vinte e um) anos de idade ou inválidos que tiverem a condição de dependentes na Previdência Social, e os filhos solteiros menores de 24 (vinte e quatro) anos de idade que estejam cursando ensino superior reconhecido pelo Ministério da Educação – conforme o disposto no item 3.20 do Regulamento do Plano de Benefícios II. Estou ciente de que eu, meu beneficiário ou seu representante legal devemos comunicar à ReckittPrev eventual perda da condição de dependente na Previdência Social, sob pena de ressarcir à ReckittPrev os prejuízos causados pela omissão.

Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	Estudante (S/N)	Inválido (S/N)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Beneficiários Indicados

DECLARO SEREM MEUS BENEFICIÁRIOS INDICADOS — As pessoas físicas inscritas no Plano nessa condição e que, somente na ausência de Beneficiário, poderão receber valores em conformidade com o disposto no Regulamento do Plano de Benefícios II – conforme o disposto no item 3.21 do Regulamento do Plano de Benefícios II.

Nome Completo	Data de Nascimento	RG	CPF

Tenho ciência de que posso alterar, a qualquer momento, os Beneficiários Indicados.

Em caso de indicação de beneficiários menores de 18 (dezoito) anos, tenho ciência que devo preencher o Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados de Crianças e Adolescentes da Reckittprev, em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Dependentes para Abatimento do Imposto de Renda

Nome Completo	Parentesco	Data de Nascimento	RG	CPF

Em caso de indicação de dependentes, para fins de Imposto de Renda, menores de 18 (dezoito) anos, tenho ciência que devo preencher o Termo de Consentimento para o Tratamento de Dados de Crianças e Adolescentes da Reckittprev, em observância às disposições da Lei nº 13.709/2018 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Contribuições

Ao fazer minha opção pelo Plano de Benefícios II, terei assegurado o direito de efetuar Contribuição Adicional, Básica e Esporádica ao Plano de Benefícios II, na forma estabelecida no Regulamento do Plano de Benefícios II. Opto por:

Para salário de participação até 8 URC

- Efetuar **Contribuição Básica** de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) a ser aplicada sobre o meu Salário de Participação, definida no Capítulo VI do Regulamento do Plano de Benefícios II, mensalmente, a partir da data em que assinar a presente Proposta de Inscrição;

Para salário de participação acima de 8 URC

- Efetuar **Contribuição Básica** de ____% (_____) a ser aplicada sobre o meu Salário de Participação que exceder a 08 (oito) Unidades Reckitt de Contribuição (URC), escolhida entre os percentuais de 1% a 5%, definida no Capítulo VI do Regulamento do Plano de Benefícios II, mensalmente, a partir da data em que assinar a presente Proposta de Inscrição;

Para todos

- Efetuar **Contribuição Adicional** de ____% (_____) sobre o meu Salário de Participação, mensalmente, a partir da data em que assinar a presente Proposta de Inscrição;
- Não aderir ao Plano.

Desconto em Folha de Pagamento

Os valores por mim devidos à Sociedade, em função da adesão ora pactuada, poderão ser descontados do meu Salário de Participação pela Patrocinadora ou pela própria Sociedade. Na hipótese de não efetivação do referido desconto ou impossibilidade de ocorrência do mesmo de forma integral, será de minha responsabilidade quitar o débito correspondente por meio de recolhimento direto à Sociedade, no estabelecimento bancário por ela indicado, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao mês de competência.

- Li e Aceito

Pessoa Politicamente Exposta

Conforme definido na Instrução SPC/MPS nº 26, de 1º de setembro de 2008, artigo 2º, inciso III, é pessoa politicamente exposta “o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo”. Declaro-me enquadrar nessa condição:

Sim Não

A Reckittprev realiza o tratamento de dados pessoais em conformidade com a Lei no 13.709/2018 – Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais.

Assumo inteira responsabilidade pelas informações prestadas e declaro estar ciente das penalidades cabíveis, previstas no Artigo 299 do Código Penal.

_____, ____ de _____ de _____
Assinatura do empregado

(Para uso exclusivo da ReckittPrev)

____/____/____
Data de recebimento

Nome do receptor

Assinatura