

INCLUSÃO ALTERAÇÃO

1. DADOS PESSOAIS

INSTITUIDOR Associação dos Advogados de São Paulo- AASP	Nº. DE ASSOCIADO
---	-------------------------

NOME COMPLETO DO PARTICIPANTE (SEM ABREVIACÕES) Associado Dependente de Associado

NATURALIDADE/ UF	DATA DE NASCIMENTO / /	NACIONALIDADE
-------------------------	----------------------------------	----------------------

Nº. CARTEIRA DE IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DA EXPEDIÇÃO	CPF
-----------------------------------	------------------------	--------------------------	------------

TELEFONE RESIDENCIAL ()	CELULAR ()	E-MAIL
------------------------------------	-----------------------	---------------

SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> SEPARADO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> OUTRO	OCUPAÇÃO PROFISSIONAL
---	---	------------------------------

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA	Nº.
--------------------------------------	------------

COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP
--------------------	---------------	------------

CIDADE	ESTADO
---------------	---------------

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL (preenchimento obrigatório se o participante for menor de idade)	CPF DO REPRESENTANTE LEGAL
--	-----------------------------------

NOME COMPLETO DA MÃE

NOME COMPLETO DO PAI

NOME COMPLETO DO CÔNJUGE (SE HOUVER) - SEM ABREVIACÕES

SE ENQUADRA NA CONDIÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA* ? SIM NÃO

* Consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras: I - os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivo e Legislativo da União; II - os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União: a) de ministro de Estado ou equiparado; b) de natureza especial ou equivalente; e c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas, empresas públicas ou sociedades de economia mista; d) do Grupo Direção e Assessoramento Superiores - DAS, nível 6, e equivalentes; III - os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal Federal e dos Tribunais Superiores; IV - os

membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador-Geral da República, o Vice-Procurador-Geral da República, o Procurador-Geral do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da República e os Procuradores-Gerais de Justiça dos Estados e do Distrito Federal; V - os membros do Tribunal de Contas da União e o Procurador-Geral do Ministério Público junto ao Tribunal de Contas da União; VI - os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de tribunal de justiça, de assembléia legislativa e de Câmara Distrital, e os presidentes de tribunal e de conselho de contas de estado, de municípios e do Distrito Federal; VII - os prefeitos e presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado

2. DADOS DOS DEPENDENTES OU BENEFICIÁRIOS PARA O BENEFÍCIO DE RENDA MENSAL POR MORTE
Cadastrar os dependentes de acordo com o descrito no artigo 5º do Regulamento do Plano de Benefícios AASP PREVIDÊNCIA.

Na falta de dependente poderá (ão) ser designado(s) "BENEFICIÁRIO(S)" para receber os benefícios previstos no Plano.

2.1) NOME COMPLETO DEPENDENTE BENEFICIÁRIO

ESTADO CIVIL			SEXO		NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> FEMININO	/ /	
<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> MASCULINO		

CPF	TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO	Observação
------------	-----------------------------------	-------------------

2.2) NOME COMPLETO DEPENDENTE BENEFICIÁRIO

ESTADO CIVIL			SEXO		NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> FEMININO	/ /	
<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> MASCULINO		

CPF	TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO	Observação
------------	-----------------------------------	-------------------

2.3) NOME COMPLETO DEPENDENTE BENEFICIÁRIO

ESTADO CIVIL			SEXO		NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	<input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> FEMININO	/ /	
<input type="checkbox"/> CASADO	<input type="checkbox"/> SEPARADO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> MASCULINO		

CPF	TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO	Observação
------------	-----------------------------------	-------------------

2.4) NOME COMPLETO

DEPENDENTE BENEFICIÁRIO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO VIÚVO DIVORCIADO
 CASADO SEPARADO OUTROS

SEXO

FEMININO
 MASCULINO

NASCIMENTO

/ /

CPF

TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO

Observação

2.5) NOME COMPLETO

DEPENDENTE BENEFICIÁRIO

ESTADO CIVIL

SOLTEIRO VIÚVO DIVORCIADO
 CASADO SEPARADO OUTROS

SEXO

FEMININO
 MASCULINO

NASCIMENTO

/ /

CPF

TIPO E NÚMERO DO DOCUMENTO

Observação

3. OPÇÃO PELO REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Opto pelo Regime Tributário da Lei 11.053 de 29.12.2004

NÃO opto pelo Regime Tributário da Lei 11.053 de 29.12.2004

O Participante que efetuar opção pelo Regime Tributário da Lei 11.053 de 29/12/2004, deve preencher o "TERMO DE OPÇÃO" anexo único da IN 497 de 24/01/2005. Esse "TERMO DE OPÇÃO" pode ser obtido no site da AASP– www.aasp.org.br, Previdência Privada / Legislação Aplicável / (Anexo único-Termo de Opção

4. CONTRIBUIÇÃO PARA APOSENTADORIA PROGRAMADA

O valor da Contribuição Básica pode ser livremente escolhido, observando, sempre, múltiplos de R\$ 10,00 (dez reais) e os seguintes valores mínimos:

- a) contribuições mensais - o valor mínimo não poderá ser inferior a R\$ 50,00 (cinquenta reais);
- b) contribuições trimestrais - o valor mínimo não poderá ser inferior a R\$ 100,00 (cem reais);
- c) contribuições semestrais - o valor mínimo não poderá ser inferior a R\$ 200,00 (duzentos reais);
- d) contribuições anuais - o valor mínimo não poderá ser inferior a R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

Desta forma, opto por: **"assinalar somente 1 (uma) opção"**

Contribuição **MENSAL** R\$ _____,00 (_____ reais)
 Contribuição **TRIMESTRAL** R\$ _____,00 (_____ reais)
 Contribuição **SEMESTRAL** R\$ _____,00 (_____ reais)
 Contribuição **ANUAL** R\$ _____,00 (_____ reais)

Obs: O Participante Contribuinte Ativo poderá efetuar, além das contribuições básicas obrigatórias, Contribuições Esporádicas, de caráter facultativo e não obrigatório, devendo para tanto comunicar o HSBC Instituidor Fundo Múltiplo 15 (quinze) dias antes da data do vencimento. O HSBC irá providenciar a emissão do respectivo boleto de pagamento.

O valor mínimo das contribuições esporádicas é de R\$ 100,00 (cem reais), observando, sempre, múltiplos de R\$ 10,00 (dez reais).

5. DECLARAÇÕES DO PARTICIPANTE

Abaixo assinado(a), associado(a) **DA AASP** solicito através do presente o ingresso no Plano de Benefícios **DA ASSOCIAÇÃO DOS ADVOGADOS DE SÃO PAULO**, na condição de Participante Ativo.

De posse do “Estatuto do HSBC Instituidor Fundo Múltiplo”, do “Regulamento do Plano de Benefícios **AASP PREVIDÊNCIA**”, do “Certificado de Participante” e do “Material Explicativo do Plano de Benefícios **AASP PREVIDÊNCIA**”, todos esses documentos obtidos site da AASP – www.aasp.org.br ou no HSBC Instituidor Fundo Múltiplo, declaro ter lido e compreendido os referidos documentos, estando ciente e concordando com todos seus termos e condições, bem como com todos os direitos, obrigações e responsabilidades previstos nos mesmos e, ademais, com as condições e termos do presente CADASTRO DO PARTICIPANTE – TERMO DE ADESÃO.

Declaro também, estar ciente de que o Plano de Benefícios **AASP PREVIDÊNCIA** é um Plano de **Contribuição Definida**, cujo benefício futuro tem seu valor determinado com base no saldo de conta acumulado em favor do participante, considerando os valores contribuídos (aportados) e o resultado de sua aplicação. **O Plano não prevê garantia de remuneração mínima para os investimentos, podendo ocorrer variações negativas, tanto no período de contribuição como no período de recebimento de benefício.**

Por fim, responsabilizo-me por todos os dados declarados neste **CADASTRO DO PARTICIPANTE – TERMO DE ADESÃO**, os quais são necessários para meu cadastramento no Plano de Benefícios **AASP PREVIDÊNCIA** do HSBC Instituidor Fundo Múltiplo.

, de de 20

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

6. DECLARAÇÕES DO INSTITUIDOR

Responsabilizo-me pela exatidão das informações prestadas à vista dos originais dos documentos comprobatórios e dos demais elementos das informações apresentadas.

Confirmando que o PARTICIPANTE, que assina este “CADASTRO DE PARTICIPANTE / TERMO DE ADESÃO” é associado da **ASSOCIAÇÃO DOS ADVOGADOS DE SÃO PAULO - AASP**, e me comprometo a informar ao HSBC Instituidor Fundo Múltiplo a perda da qualidade de associado caso ocorra essa situação no futuro.

_____/_____/_____

Assinatura e carimbo