FUNPRESP
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO SERVIDOR PÚBLICO FEDERAL

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO – ATIVO ALTERNATIVO

Plano de Benefícios – ExecPrev

Nº de controle: _____

1. CPF	2. Nome completo do Servidor (sem abreviações)

3. Órgão Patrocinador/SIGLA	4. UPAG (Código/Descrição)	5. Cargo Efetivo

6. Remuneração

7. Data de Nascimento	8. Identificação Única	9. Sexo	10. Identidade	11. Órgão Expedidor/UF	12. Data de Expedição
		☐ MASCULINO ☐FEMININO			

13. Estado Civil	14. Naturalidade	15. Nacionalidade
☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viúvo ☐ União Estável		

16. Filiação (sem abreviações)
Mãe
Pai

17. Nome do Cônjuge/Companheiro(a)

18. Endereço completo (logradouro e complemento)

19. Bairro	20. Cidade	21. CEP	22.UF

23. Telefone(s) para contato (DDD) – Residencial	(DDD) – Comercial	(DDD) – Celular	(DDD) – Outros

24. e-mail	25. Classificação do Participante	26. Data de entrada em exercício no Patrocinador
	ATIVO ALTERNATIVO	

27. Informações acerca das Contribuições

Autorizo o Patrocinador a descontar de minha remuneração mensal o valor da contribuição à Funpresp-Exe.

Obs: (1) O valor da contribuição do servidor à Funpresp-Exe corresponde à quantia resultante do percentual de contribuição (7,5%, 8,0% ou 8,5%) aplicado sobre o Valor do Salário de Participação (mínimo de 10 URP's – Unidade de Referência do Plano). (2) O valor da contribuição sobre a gratificação natalina será integralmente alocado para a Reserva Acumulada Suplementar – RAS, independente da contratação da PAR – Parcela Adicional de Risco. (3) Sobre o valor da contribuição total incide a taxa de carregamento conforme indicado no Regulamento do Plano Executivo Federal.

Valor do Salário de Participação (1)	Percentual de Contribuição (2)	Valor da Contribuição Total (1x2)
R$	%	R$

28. Detalhamento da Parcela Adicional de Risco (preencher somente em caso de contratação da PAR)

	Valor da Contribuição	Valor do Pecúlio
Pecúlio por Morte (689)	R$	R$
Pecúlio por Invalidez (688)	R$	R$

29. Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda

☐ Opto pelo Regime de Tributação Regressiva, previsto no art. 1º da Lei n. 11.053/2004, ciente de que esta opção é irretratável, nos termos da lei.

☐ Opto pelo Regime de Tributação Progressiva, ciente de que esta opção é irretratável, nos termos da lei.

☐ Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o último dia útil do próximo mês, ciente de que a ausência de manifestação escrita, por meio do formulário "**Termo de Opção pelo Regime Regressivo de Tributação**", ensejará meu enquadramento automático e independente de minha assinatura no Regime de Tributação Progressiva.

30. Declaração Pessoal de Saúde (campos de preenchimento obrigatório em caso de contratação da PAR)

Preencher SIM ou NÃO sem rasuras

1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de medicamento atualmente? Especificar.		
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, problemas circulatórios ou cardiovasculares? Informar quais.		
3. Sofre ou já sofreu de doenças do sangue ou de diabetes? Informar quais.		
4. Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Informar quais.		
5. Foi submetido a alguma intervenção cirúrgica, inclusive biópsia ou punção, ou esteve internado em regime hospitalar para tratamento médico nos últimos 5 anos? Especificar.		
6. Sofre ou já sofreu de doenças do pulmão, enfisema, doenças do fígado, doenças do aparelho digestivo ou doenças renais? Informar quais.		
7. Sofre de doenças neurológicas ou psiquiátricas (vertigem, desmaio, convulsão, dores de cabeça crônicas, dificuldades da fala, paralisia ou derrame cerebral, doenças ou alterações mentais ou dos nervos)? Especificar.		
8. Sofre ou já sofreu de tumores ou câncer ou já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos auxiliares? Especificar.		
9. É portador(a) do vírus HIV?		
10. Encontra-se atualmente, ou esteve afastado nos últimos 5 anos, das atividades de trabalho por motivo de doença ou aposentadoria por invalidez? Se sim, informar o motivo.		
11. É fumante? Se sim, qual é a quantidade média diária?		
12. Indique seu peso e altura.	_____ Kg	_____ m
13. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa-delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares? Especificar.		

31. Declarações

Declaro que as informações prestadas neste Requerimento de Inscrição são verdadeiras. Estou ciente de que a inscrição no Plano Executivo Federal da Funpresp-Exe é facultativa, de modo que a solicito neste ato por minha livre e espontânea vontade. Estou ciente de que minha inscrição no Plano Executivo Federal terá efeitos a partir da data do protocolo do presente Requerimento de Inscrição junto à Funpresp-Exe ou na unidade de recursos humanos do Patrocinador, a não ser que eu venha a entrar em exercício no cargo efetivo em momento posterior, caso em que minha inscrição no Plano terá efeitos a partir da data da entrada em exercício. Estou ciente de que são beneficiários do Plano, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Regulamento do Plano, os dependentes do Participante reconhecidos como tais pelo Regime Próprio de Previdência Social - RPPS ou, caso o Participante não esteja mais vinculado ao RPPS, que atendam às condições de reconhecimento como dependentes do RPPS. Estou ciente de que a opção pelo regime de tributação referente ao Imposto de Renda é irretratável, não podendo ser alterada no futuro. Declaro que tomei conhecimento do inteiro teor do Estatuto da Funpresp-Exe, do Regulamento do Plano Executivo Federal e de material explicativo, estando ciente de que meu Certificado de Participante será disponibilizado após a homologação de minha inscrição pela Funpresp-Exe. Declaro estar ciente de que investimentos e aplicações financeiras estão normalmente expostos a riscos de mercado, bem como de que a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros. Autorizo o Patrocinador a disponibilizar à Funpresp-Exe meus dados pessoais, funcionais e financeiros, comprometendo-me a atualizá-los sempre que necessário e a apresentar os comprovantes que forem solicitados pela Funpresp-Exe.

Estou ciente de que os valores dos pecúlios indicados no item 28 deste Requerimento de Inscrição serão automaticamente reduzidos, todo mês de janeiro, em função da mudança da minha idade, bem como de que posso optar pela manutenção dos valores inicialmente indicados, mediante o preenchimento de formulário específico devidamente assinado, confirmando minha anuência com o valor da contribuição correspondente à minha nova idade.

Estou ciente de que a contratação da Parcela Adicional de Risco é opcional, bem como de que, após a contratação, a parcela de minha contribuição destinada ao custeio da Parcela Adicional de Risco não será devolvida e nem poderá ser objeto de resgate ou portabilidade, dada a natureza das coberturas para os benefícios não programados.

Estou ciente de que a aceitação da proposta referente à Parcela Adicional de Risco está sujeita à análise do risco e a Mongeral Aegon tem o prazo de até 15 dias, contados da data em que a proposta for registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou à recusa da Parcela Adicional de Risco. Este prazo será suspenso quando forem solicitados outros documentos ou dados para complementar a análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa da Parcela Adicional de Risco pela Mongeral Aegon no prazo antes referido, a aceitação desta se dará automaticamente.

No caso de não aceitação da proposta referente à Parcela Adicional de Risco, opto por:

☐ redirecionar os valores da PAR - Parcela Adicional de Risco para a RAS - Reserva Acumulada Suplementar; ou

☐ restituir os valores eventualmente pagos a título de PAR, permanecendo apenas com os valores destinados à RAS.

Local e data da emissão:	Assinatura do Servidor:

32. VALIDAÇÃO DE DADOS PELO PATROCINADOR (USO EXCLUSIVO DO PATROCINADOR)

Local e data do Protocolo/Validação	Carimbo e Assinatura do Responsável

33. PARA USO DA MONGERAL AEGON

Código do Órgão	A partir de	Convênio de Adesão	Ação de Marketing	Alternativa
Sucursal	Diretor Regional	Gerente Sucursal	Gerente Comercial	Agente

34. Notas Explicativas

Beneficiário dos Pecúlios: O beneficiário do Pecúlio por Morte e Pecúlio por Invalidez será a Funpresp-Exe. O valor do pecúlio pago à Funpresp-Exe será depositado na conta individual do participante para pagamento pela Funpresp-Exe sob a forma de renda, conforme indicado no Regulamento do Plano. Processos SUSEP: Pecúlio por Morte (689): 15414.900655/2014-07; Pecúlio por Invalidez (688): 15414.900654/2014-54. Carregamento dos Pecúlios: 30%. Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. CNPJ: 33.608.308/0001-73. O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.