

Nº de controle _____

1. Nome completo do participante (sem abreviações):				
2. Identificação única (Sigepe):		3. Órgão Patrocinador/SIGLA:		
4. Data de Nascimento:	5. CPF:	6. Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	7. Identidade:	8. Órgão Expedidor/UF: 9. Data de expedição:
10. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a)			11. Naturalidade:	12. Nacionalidade
13. Filiação: (Sem abreviações) Mãe		Pai		
14. Nome do Cônjuge/Companheiro(a):				
15. Endereço completo (logradouro, complemento):				
16. Bairro:		17. Cidade:	18. CEP:	19. UF:
20. Telefone(s) para contato: (DDD) - Residencial		(DDD) – Trabalho	(DDD) – Celular	(DDD) – Outros
21. E-mail trabalho:			22. E-mail pessoal:	
23. Data de entrada em exercício no Patrocinador:			24. Cargo efetivo:	

25. Detalhamento da Parcela Adicional de Risco:

CONTRATAÇÃO **ACRÉSCIMO/COMPLEMENTAÇÃO** **REDUÇÃO**

Valor do Pecúlio
(Capital Segurado)

Valor da Contribuição

	R\$		R\$
Pecúlio por Morte (689)			
Pecúlio por Invalidez (688)			
Total			

Estou ciente de que os valores das contribuições indicados no item 25 deste Requerimento serão automaticamente reajustados, todo mês de janeiro, em função da mudança da minha idade, para manutenção do capital segurado. De forma alternativa estou ciente de que posso alterar os valores de contribuição inicialmente indicados, mediante o preenchimento de formulário específico devidamente assinado.

26. Declaração Pessoal de Saúde (Caso o Participante já tenha contratado a Parcela Adicional de Risco e deseje apenas a redução do capital segurado, não é necessário o preenchimento deste item.)

Preencher com 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	

27. Declarações

Declaro que as informações prestadas neste termo de inscrição são verdadeiras e assumo a responsabilidade pela atualização de tais informações junto à Funpresp-Exe, comprometendo-me a fornecer os comprovantes dos dados informados sempre que houver solicitação neste sentido. 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 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, estou ciente que serei cientificado da recusa pela Mongeral Aegon e os valores já recolhidos serão redirecionados para a Reserva Acumulada Suplementar (RAS). Autorizo o órgão patrocinador a disponibilizar à Funpresp-Exe meus dados pessoais, funcionais e financeiros.

Local e data

Assinatura do Proponente

28. Protocolo pela FUNPESP-EXE: (USO EXCLUSIVO DA FUNPESP-EXE)

Local e data do Protocolo	Carimbo e Assinatura do Responsável
---------------------------	-------------------------------------

29. 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

30. 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.

Para informações sobre os canais de atendimento da FUNPESP-EXE, acesse www.funpresp.com.br
Vigência: a partir de 06 de junho de 2017