

Nº de controle _____

| | | | | |
|------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1. Nome completo do servidor (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. Opção pelo Regime de Tributação do Imposto de Renda (caso já tenha feito a opção pelo Regime de Tributação na Funpresp-Exe não será necessário o preenchimento deste campo):

- () Reservo-me o direito de manifestar minha opção até o momento da obtenção do benefício ou da requisição do primeiro resgate referente aos valores acumulados do meu plano de previdência.
 () Opto pelo Regime de Tributação **Regressiva** previsto no art. 1º da Lei n. 11.053/2004 e nas alterações inseridas pela Lei n.14.803/2024, ciente de que esta opção é irrevogável, nos termos da Lei.
 () Opto pelo Regime de Tributação **Progressiva**.

26. Informações acerca das contribuições:

26.1 Autorizo o órgão patrocinador a descontar mensalmente de minha remuneração a contribuição básica mensal correspondente ao percentual abaixo informado calculado sobre o Salário de Participação, conforme previsto no regulamento do Plano ExecPrev:

- 7,5% (sete inteiros e cinco décimos por cento)
 8% (oito inteiros por cento)
 8,5% (oito inteiros e cinco décimos por cento)

27. Autorizo a inclusão para cálculo do Salário de Participação, sempre que houver o recebimento, sobre as seguintes parcelas remuneratórias (apenas para servidores do BACEN, os demais servidores do Poder Executivo Federal devem fazer a escolha diretamente no SIGEPE):

- () Local de trabalho
 () Exercício de cargo em comissão ou de função de confiança

28. Deseja contratar a Parcela Adicional de Risco (PAR)? (campo de preenchimento obrigatório):

- () Não () Sim, autorizo o órgão patrocinador a descontar mensalmente de minha remuneração a contribuição facultativa mensal.
Em caso de contratação de Parcela Adicional de Risco - PAR, o protocolo de recebimento deverá ser exclusivo pela Funpresp-Exe, não se considerando válido eventual protocolo junto ao órgão de recursos humanos dos patrocinadores.

28.1 Detalhamento da Parcela Adicional de Risco (campo de preenchimento obrigatório em caso de contratação da PAR):

| | Valor do Pecúlio (Capital Segurado) | Valor da Contribuição Facultativa PAR |
|-----------------------------|----------------------------------------|---------------------------------------|
| Pecúlio por Morte (689) | R\$ | R\$ |
| Pecúlio por Invalidez (688) | R\$ | R\$ |
| | Total | R\$ |

Estou ciente de que os valores das contribuições indicados no item 28.1 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.

29. Declaração Pessoal de Saúde (Campos de preenchimento obrigatório em caso de contratação da PAR)

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 | |
| 14 O(a) Senhor(a) apresenta, no momento, sintomas de gripe, febre, cansaço, tosse, coriza, dores pelo corpo, dor de cabeça, dor de garganta, falta de ar, e/ou, foi diagnosticado(a) com infecção pelo novo CORONAVÍRUS ou COVID-19? | |

30. 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 minha inscrição no Plano ExecPrev da Funpresp-Exe é facultativa, de modo que a solicito neste ato por minha livre e espontânea vontade. A minha inscrição no Plano ExecPrev terá efeitos a partir da data do protocolo do presente termo de inscrição junto à Funpresp-Exe, 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. São beneficiários do Plano, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Regulamento do Plano, as pessoas reconhecidas como beneficiárias no Regime Próprio de Previdência Social - RPPS ou, caso eu não esteja mais vinculado ao RPPS, que atendam as condições de reconhecimento como beneficiárias no RPPS. Estou ciente de que o sítio eletrônico da Funpresp-Exe disponibiliza o Estatuto da Funpresp-Exe, o Regulamento do Plano ExecPrev e material explicativo. O Certificado de Participante será disponibilizado após o processamento 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. A Funpresp-Exe é pessoa jurídica de direito privado e a obrigação do Patrocinador limita-se ao aporte das contribuições contratadas conforme o Regulamento.

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 de 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

31. Protocolo pela FUNPESP-EXE ou PATROCINADOR: (USO EXCLUSIVO DO PATROCINADOR OU FUNPESP-EXE)

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

32. 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 |

33. 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.

Os dados fornecidos pelos participantes são protegidos pela Funpresp-Exe e utilizados para fins institucionais, em conformidade com a LGPD e o regulamento do plano de benefícios. Para mais informações acesse www.funpresp.com.br.