

| | | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------|
| CNPJ do Plano 48.307.687/0001-39 | CNPB 2019.0005-47 | Matrícula do Servidor | Patrocinador (Sigla e Código) | Nº da Proposta |
|--------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------|----------------|

DADOS DO PROPONENTE

| | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nome Completo | | | | Data de Nascimento | |
| Idade | Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável | Nº de Filhos | CPF | |
| Nacionalidade | Natureza do Documento | Nº do Documento | Órgão Expedidor | Data de Expedição | |
| Ocupação Principal/Cargo Efetivo | | Nome do órgão que trabalha | | | |
| Renda Mensal Bruta | É Pessoa Exposta Politicamente ¹ ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar: | | Código de autenticação: | | |
| Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Você tem obrigações fiscais com outros países ² ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares. | | | | |
| Endereço para Correspondência | | | | Nº | |
| Complemento | Bairro | Cidade | UF | CEP | |
| DDD | Telefone 1 | | DDD | Telefone 2 | |
| E-mail | | | | É participante? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

As Contribuições Facultativas e Cobertura Adicional previstas no Plano podem ser objeto de dedução na declaração anual de IRPF até o limite de 12% da renda bruta anual.

Conforme regulamento do Plano DF-Previdência, consideram-se Beneficiários aqueles a quem o Iprev-DF houver concedido o benefício de pensão por morte daquele regime em decorrência do falecimento do Participante ou Assistido.

CLASSIFICAÇÃO, DEFINIÇÃO DE ALÍQUOTA DE CONTRIBUIÇÃO E BASE DE REMUNERAÇÃO (DEVE SER PREENCHIDO SOMENTE POR NOVOS PARTICIPANTES)**PERCENTUAL DE CONTRIBUIÇÃO:**

Venho pelo presente, solicitar minha inscrição como participante do Plano DF-Previdência e autorizar o desconto pelo Patrocinador, em folha de pagamento, do valor correspondente ao percentual abaixo assinalado sobre o Salário de Participação, na forma descrita no regulamento do plano.

4,5% 5,0% 5,5% 6,0% 6,5% 7,0% 7,5% 8,0% 8,5%

Estou ciente de que o Patrocinador apenas realiza contribuições paritárias em favor do Participante Patrocinado, até o limite de 8,5% (oito e meio por cento) do respectivo Salário de Participação, não havendo contribuições patronais para as outras categorias de participantes.

Estou ciente de que minha inscrição produzirá efeitos a partir do recebimento deste requerimento pela DF-PREVICOM por meio de sistema de protocolo oficial, ou mediante entrega pessoal, através da apresentação de documento com foto ou alternativamente por e-mail funcional.

Autorizo o Patrocinador a descontar de minha remuneração mensal, além das Contribuições Básicas, as Contribuições Facultativas destinadas à cobertura adicional indicada. Demais contribuições facultativas devem ser solicitadas em formulário específico.

¹ Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, empregos ou funções públicas relevantes, assim como funções relevantes em organizações internacionais, cargos, empregos ou funções públicas, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada, conforme definido na Circular SUSEP Nº 612/2020

² Instrução Normativa RFB nº 1.571, de 02/07/2015; e do Decreto nº 8.506, de 24/08/2015

Rubrica: _____

DETALHAMENTO DA COBERTURA ADICIONAL**Opção pela contratação de Benefício de Risco junto à MAG Seguros:**

- Opto por contratar o Pecúlio por Invalidez e/ou por Morte, custeada de forma individualizada pelo Participante, conforme previsto no Regulamento do Plano DF-Previdência.
- Opto por NÃO CONTRATAR o Pecúlio por Invalidez e/ou por Morte, custeado de forma individualizada pelo Participante, conforme previsto no Regulamento do Plano DF-Previdência.

| Benefício | Nº Processo SUSEP | Valor do Pecúlio | Valor da Contribuição |
|------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|-----------------------|
| PECÚLIO POR MORTE (2029) | 15414.901161/2016-01 | R\$ | R\$ |
| PECÚLIO POR INVALIDEZ (2030) | 15414.901162/2016-48 | R\$ | R\$ |
| Pecúlios garantidos pela MAG Seguros CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30% | | Total da Contribuição da Cobertura Adicional | R\$ |

O valor do(s) pecúlio(s) e das respectivas contribuições será atualizado anualmente, no mês de Novembro, pela variação do IPCA/IBGE. O valor das contribuições também será reajustado, no mesmo momento anteriormente indicado, em função da nova faixa etária atingida pelo Participante.

O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE ATIVIDADE E SAÚDE

| PERGUNTAS | RESPOSTA | Em caso afirmativo, especificar. |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, hipertensão, circulatórias, do sangue, diabetes, pulmão, fígado, rins, infarto, acidente vascular cerebral, articulações, qualquer tipo de câncer ou HIV? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 3. Sofre ou sofreu de deficiências de órgãos, membros ou sentidos, incluindo doenças ortopédicas relacionadas a esforço repetitivo (LER e DORT)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 4. Fez alguma cirurgia, biópsia ou esteve internado nos últimos cinco anos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 5. Está afastado(a) do trabalho ou aposentado(a) por invalidez? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 6. 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 seja de linhas regulares? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 7. É fumante? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Outros: _____ Quantidade média/dia: _____ |
| 8. Informe peso e altura: | | _____ kg e _____ m |
| 9. Apresenta, no momento, sintomas de gripe, febre, cansaço, tosse, coriza, dores pelo corpo, dor de cabeça, dor de garganta, falta de ar, perda de olfato, perda de paladar ou está aguardando resultado do teste da COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 10. Foi diagnosticado(a) com infecção pelo novo CORONA VÍRUS ou COVID-19? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| 11. Apresenta, no momento, sequelas do COVID-19 diferente de perda de olfato e/ou paladar? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |

Local e Data

Assinatura do Participante

DECLARAÇÕES DO PARTICIPANTE

Declaro que as informações prestadas nesta ficha de inscrição são verdadeiras. Estou ciente de que minha inscrição no Plano de Benefícios DF-Previdência é facultativa, de modo que a solicito neste ato por minha livre e espontânea vontade. Estou ciente de que minha adesão terá efeitos a partir da data em que a DF-PREVICOM receber mediante protocolo o respectivo requerimento. Estou ciente de que são beneficiários, para fins de recebimento dos benefícios previstos no Regulamento do Plano aqueles que seriam considerados beneficiários da pensão por morte no Iprev-DF. Declaro que tomei conhecimento do inteiro teor do Estatuto da DF-PREVICOM, do Regulamento do Plano de Benefícios DF-Previdência e do Material Explicativo, estando ciente de que meu Certificado de Participante estará disponível na Área do Participante. Declaro estar ciente de que investimentos e aplicações financeiras estão normalmente expostos a riscos de mercado e que a rentabilidade obtida no passado não representa garantia de resultados futuros. Autorizo o Patrocinador a disponibilizar à DF-PREVICOM, na forma regulamentada, meus dados pessoais, funcionais e financeiros, ficando a DF-PREVICOM responsável por preservar o sigilo dessas informações, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais nº 13.709/2018. Estou ciente que a contratação da cobertura adicional é opcional, bem como de que, após a contratação, a parcela de minha contribuição destinada ao custeio da Cobertura Adicional não será devolvida e nem poderá ser objeto de resgate ou portabilidade, dada a natureza das coberturas para os benefícios não programados. Declaro que tive prévio e expresse conhecimento e estou de acordo com os termos dos Regulamentos dos Planos, contratados pela DF-PREVICOM junto à MAG Seguros, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a DF-PREVICOM, o que não poderá ser alterado. Estou ciente de que a aceitação da proposta referente à Cobertura Adicional está sujeita à análise de risco e a MAG Seguros tem o prazo de 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 proposta. Este prazo será suspenso quando forem solicitados outros documentos ou dados para complementar a análise do risco. Esta eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para a análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa da proposta pela MAG Seguros no prazo antes referido, a aceitação desta se dará automaticamente. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto a SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Comprometo-me a informar à DF-PREVICOM a minha condição de Pessoa Exposta Politicamente, mesmo que ocorrida após a assinatura da ficha de inscrição, conforme os termos definidos na Resolução Previc nº 23/2023 e na Circular SUSEP nº 612/2020.

Autorizo o desconto nos meus vencimentos mensais da quantia indicada em favor da DF-PREVICOM e declaro estar ciente que este valor será atualizado na forma e data previstas nos Regulamentos dos Planos contratados. Nos casos em que não houver pagamento da respectiva contribuição por qualquer motivo, autorizo a emissão acumulada de parcelas, em meio de cobrança distinto. Estou ciente que a(s) cobertura(s) de risco será(ão) suspensa(s) em caso de não pagamento, podendo ser cancelada(s), após três parcelas em aberto, sucessivas ou não.

Local e Data

Assinatura do Participante

PARA USO DA MONGERAL AEGON

| | | | | | |
|--------------------|------------------------------------|-------------|----------|--------------------------|----------------------------|
| Convênio de Adesão | Ação de Marketing | Alternativa | Sucursal | Superintendente Regional | Superintendente Comercial |
| Gerente Comercial | Código de Órgão 54.028-0 | A partir de | | Agente | Corretor 8002897 |

PARA USO DA DF-PREVICOM

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------|
| Data de Protocolo / Inscrição no Plano. Esta data será utilizada como data de inscrição no Plano | Data de Entrada em Exercício no Órgão | Carimbo e Assinatura |
| | | |

Gestor do Plano: DF-PREVICOM – CNPJ: 32.169.883/0001-54

SCN Qd. 05 - Centro Empresarial Brasília Shopping and Towers, Torre Norte, Sala 1226. CEP 70.715-900. Brasília - DF. ☎ (61) 3550-7592.
atendimento@df-previcom.df.gov.br