

  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA  
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

**FICHA DE INSCRIÇÃO  
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RP**

PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM			
Órgão de Origem:		CNPJ:	
Cód. do Órgão:	CNPB: 2013.0001-38	Cód. Participante:	
PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE			
I - DADOS PESSOAIS			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento: / /	Nacionalidade:	Naturalidade:	
Identidade:	Data emissão: / /	UF:	
Sexo:	Estado Civil:		
Pai:	Mãe:		
Cônjuge/companheiro(a):		CPF:	
II - ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro:		Nº	Compl.
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
DDD/Telefone: ( )		DDD/Celular: ( )	
E-mail:		Outros:	
III – DADOS FUNCIONAIS			
Formação:		Nível: ( ) Superior ( ) Médio	
Cargo:		Função:	
Órgão:		Poder:	
Setor:		Data de Ingresso: / /	
Logradouro:		Nº	Compl.
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
DDD/Telefone: ( )		DDD/ Celular: ( )	
E-mail:		Fax:	
IV - BENEFICIÁRIOS			
Podem ser indicados como beneficiários ao PREVCOM – RP: I) cônjuge ou companheiro(a) na constância, respectivamente, do casamento ou da união estável ou homoafetiva; II) filhos menores de 21 anos não emancipados; III) enteados e menores tutelados sob dependência econômica; IV) filhos inválidos ou incapazes civilmente sob dependência econômica e V) pai e mãe na ausência dos beneficiários I, II e III, desde que comprovadamente vivam sob dependência econômica do participante.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco	Invalidez (S ou N)

(Conforme Instruções Conjuntas SP-PREVCOM/UCRH Nºs 01 e 02/2013)

  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA  
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

**FICHA DE INSCRIÇÃO  
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RP**

V – CONTRIBUIÇÕES MENSIS – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA			
<b>A. ( ) Sou Participante Ativo - servidor que ganha acima do teto do INSS</b>			
Solicito minha inscrição como <b>Participante Ativo</b> no Plano de Benefícios PREVCOM – RP e autorizo o desconto correspondente a _____% (_____) do valor da minha remuneração básica que excede o teto do INSS. Estou ciente que o Patrocinador acompanhará paritariamente a minha contribuição até o limite de 7,5% (sete e meio por cento) e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor de ambas as contribuições.			
<b>B. ( ) Sou Participante Ativo Facultativo – servidor que ganha abaixo do teto do INSS</b>			
Solicito minha inscrição como <b>Participante Ativo Facultativo</b> no Plano de Benefícios PREVCOM – RP e autorizo o desconto correspondente a _____% (_____) do valor da minha remuneração. Estou ciente que o Patrocinador não acompanhará paritariamente a minha contribuição e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor da minha contribuição.			
No caso da minha remuneração vir a superar o valor do teto do INSS, autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada. Tenho ciência de que nessa ocasião passarei automaticamente à condição de <b>Participante Ativo</b> , submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido no item A.			
VI – CONTRIBUIÇÃO PARA BENEFÍCIO DE RISCO – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO			
Autorizo o desconto do valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) para cobertura mínima estabelecida em função da minha faixa etária dos seguintes benefícios de risco oferecidos por companhia seguradora contratada pela SP-PREVCOM, podendo esse valor ser alterado a meu critério posteriormente: ( ) SIM ( ) NÃO			
Valor da Contribuição	Faixa Etária	Benefício por Morte	Benefício por Invalidez
R\$ 40,00	14 a 35	307.310,98	288.164,67
	36 a 40	186.759,01	219.895,29
	41 a 45	110.312,59	165.680,47
	46 a 50	62.234,38	111.184,65
	51 a 55	40.024,92	67.769,26
	56 a 60	28.539,03	38.620,69
	61 a 65	19.571,92	21.140,05
	66	14.652,41	14.555,54
	67	13.237,23	12.837,17
	68	11.947,26	11.315,42
	69	10.782,00	9.969,14
	70	9.735,13	8.779,72
Benefício			
PECÚLIO POR MORTE: 15414.005367/2012-77			
PECÚLIO POR INVALIDEZ: 15414.005364/2012-33			
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A CNPJ: 33.608.308/0001-73			
Carregamento: 30%			
O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de abril, pela variação do INPC/IBGE e em função da faixa etária atingida pelo participante. O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.			
VII - ASSINATURAS			
Declaro corretas as informações deste formulário e comprometo-me a mantê-las atualizadas junto a SP-PREVCOM, conforme § 2º do artigo 10 do Regulamento do Plano de Benefícios PREVCOM RP.			
Local e data		Assinatura do Participante	
PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM			
Data de Deferimento		Responsável pela Análise (carimbo e assinatura)	

(Conforme Instruções Conjuntas SP-PREVCOM/UCRH Nºs 01 e 02/2013)

  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA  
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

**FICHA DE INSCRIÇÃO  
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RG**

PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM			
Órgão de Origem:		CNPJ:	
Cód. do Órgão:	CNPB: 2013.0002-19	Cód. Participante:	
PREENCHIMENTO PELO PARTICIPANTE			
I - DADOS PESSOAIS			
Nome:		CPF:	
Data de Nascimento: / /	Nacionalidade:	Naturalidade:	
Identidade:	Data emissão: / /	UF:	
Sexo:	Estado Civil:		
Pai:	Mãe:		
Cônjuge/companheiro(a):		CPF:	
II - ENDEREÇO RESIDENCIAL			
Logradouro:		Nº	Compl.
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
DDD/Telefone: ( )		DDD/Celular: ( )	
E-mail:		Outros:	
III – DADOS FUNCIONAIS			
Formação:		Nível: ( ) Superior ( ) Médio	
Cargo:		Função:	
Órgão:		Poder:	
Setor:		Data de Ingresso: / /	
Logradouro:		Nº	Compl.
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:
DDD/Telefone: ( )		DDD/ Celular: ( )	
E-mail:		Fax:	
IV - BENEFICIÁRIOS			
Podem ser indicados como beneficiários ao PREVCOM – RG: I) cônjuge ou companheiro(a) na constância, respectivamente, do casamento ou da união estável ou homoafetiva; II) filhos menores de 21 anos não emancipados; III) enteados e menores tutelados sob dependência econômica; IV) filhos inválidos ou incapazes civilmente sob dependência econômica e V) pai e mãe na ausência dos beneficiários I, II e III, desde que comprovadamente vivam sob dependência econômica do participante.			
Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco	Invalidez (S ou N)

(Conforme Instruções Conjuntas SP-PREVCOM/UCRH Nºs 01 e 02/2013)

  
GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA FAZENDA  
FUNDAÇÃO DE PREVIDÊNCIA COMPLEMENTAR DO ESTADO DE SÃO PAULO

**FICHA DE INSCRIÇÃO  
PLANO DE BENEFÍCIOS PREVCOM – RG**

V – CONTRIBUIÇÕES MENSIS – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA			
<b>A. ( ) Sou Participante Ativo - servidor que ganha acima do teto do INSS</b>			
Solicito minha inscrição como <b>Participante Ativo</b> no Plano de Benefícios PREVCOM – RG e autorizo o desconto correspondente a _____% (_____) do valor da minha remuneração básica que excede o teto do INSS. Estou ciente que o Patrocinador acompanhará paritariamente a minha contribuição até o limite de 7,5% (sete e meio por cento) e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor de ambas as contribuições.			
<b>B. ( ) Sou Participante Ativo Facultativo – servidor que ganha abaixo do teto do INSS</b>			
Solicito minha inscrição como <b>Participante Ativo Facultativo</b> no Plano de Benefícios PREVCOM – RG e autorizo o desconto correspondente a _____% (_____) do valor da minha remuneração. Estou ciente que o Patrocinador não acompanhará paritariamente a minha contribuição e que a taxa de administração prevista no plano de custeio da SP-PREVCOM será descontada sobre o valor da minha contribuição.			
No caso da minha remuneração vir a superar o valor do teto do INSS, autorizo a manutenção da alíquota de contribuição por mim especificada. Tenho ciência de que nessa ocasião passarei automaticamente à condição de <b>Participante Ativo</b> , submetendo-me às regras de desconto em folha desta categoria de participante, conforme estabelecido no item A.			
VI – CONTRIBUIÇÃO PARA BENEFÍCIO DE RISCO – AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO			
Autorizo o desconto do valor de R\$ 40,00 (quarenta reais) para cobertura mínima estabelecida em função da minha faixa etária dos seguintes benefícios de risco oferecidos por companhia seguradora contratada pela SP-PREVCOM, podendo esse valor ser alterado a meu critério posteriormente: ( ) SIM ( ) NÃO			
Valor da Contribuição	Faixa Etária	Benefício por Morte	Benefício por Invalidez
R\$ 40,00	14 a 35	307.310,98	288.164,67
	36 a 40	186.759,01	219.895,29
	41 a 45	110.312,59	165.680,47
	46 a 50	62.234,38	111.184,65
	51 a 55	40.024,92	67.769,26
	56 a 60	28.539,03	38.620,69
	61 a 65	19.571,92	21.140,05
	66	14.652,41	14.555,54
	67	13.237,23	12.837,17
	68	11.947,26	11.315,42
	69	10.782,00	9.969,14
	70	9.735,13	8.779,72
Benefício			
PECÚLIO POR MORTE: 15414.005367/2012-77			
PECÚLIO POR INVALIDEZ: 15414.005364/2012-33			
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S/A CNPJ: 33.608.308/0001-73			
Carregamento: 30%			
O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de abril, pela variação do INPC/IBGE e em função da faixa etária atingida pelo participante. O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.			
VII - ASSINATURAS			
Declaro corretas as informações deste formulário e comprometo-me a mantê-las atualizadas junto a SP-PREVCOM, conforme § 2º do artigo 10 do Regulamento do Plano de Benefícios PREVCOM RG.			
Local e data		Assinatura do Participante	
PARA USO EXCLUSIVO DA SP-PREVCOM			
Data de Deferimento		Responsável pela Análise (carimbo e assinatura)	

(Conforme Instruções Conjuntas SP-PREVCOM/UCRH Nºs 01 e 02/2013)