

TTD: 100.1

Instituidor		Número da matrícula no Instituidor		Data da filiação ao Instituidor	
DADOS PESSOAIS (Os campos em branco são de preenchimento obrigatório em letra de forma)					
Nome Completo			Data de Nascimento		Estado Civil
Sexo () M () F	Nacionalidade	Naturalidade (UF)	Naturalidade (Município)		CPF
Filiação					
ENDEREÇO () RESIDENCIAL () COMERCIAL					
Logradouro (Rua, Av., Pça., etc.)			Número	Complemento	
Bairro	Cidade		UF	País	
CEP	DDD/Telefone ou Celular 1		DDD/Telefone ou Celular 2		
SEU E-MAIL PESSOAL É UM DADO OBRIGATÓRIO.					
E-mail 1			E-mail 2		
IMPORTANTE!! A ESTE PEDIDO DEVERÃO SER ANEXADOS OBRIGATORIAMENTE OS DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DO REQUERENTE E DE SEUS BENEFICIÁRIOS E DESIGNADOS, CONFORME RELAÇÃO ABAIXO:					
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS - PEDIDO DE INSCRIÇÃO SIMEPREV					
CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS COMPROBÁTORIOS DO PARTICIPANTE		Carteira de Identidade com CPF ou Carteira de Habilitação com CPF			
		CPF, Certidão de Nascimento, Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio.			
CÓPIA LEGÍVEL DOS DOCUMENTOS COMPROBÁTORIOS PARA INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE PENSÃO POR MORTE		Carteira de Identidade com CPF ou Carteira de Habilitação com CPF.			
		Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, Certidão de Casamento averbada com separação e/ou divórcio.			
		Declaração médica que informe a invalidez.			

TTD: 100.1

BENEFICIÁRIOS PARA FINS DE PENSÃO POR MORTE DE PARTICIPANTE ASSISTIDO E ABONO POR MORTE

SÃO BENEFICIÁRIOS DO PARTICIPANTE OS DEPENDENTES DEFINIDOS NAS CLASSES A SEGUIR:

1ª Classe: o cônjuge, a (o) companheira (o) e o filho não emancipado, menor de 21 anos ou inválido, inclusive o enteado ou o menor tutelado;

2ª Classe: os pais;

3ª Classe: o irmão não emancipado, menor de 21 anos ou inválido.

A existência de dependente em uma das classes exclui o direito das classes subsequentes.

Na falta de beneficiários, o saldo existente na Conta de Aposentadoria será pago aos herdeiros legais habilitados.

ORDEM	BENEFICIÁRIOS					RATEIO (%)
1	Nome Completo (sem abreviações)				CPF	
	Data de Nascimento	() Invalidez Data início:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco	
2	Nome Completo (sem abreviações)				CPF	
	Data de Nascimento	() Invalidez Data início:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco	
3	Nome Completo (sem abreviações)				CPF	
	Data de Nascimento	() Invalidez Data início:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco	
4	Nome Completo (sem abreviações)				CPF	
	Data de Nascimento	() Invalidez Data início:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco	
5	Nome Completo (sem abreviações)				CPF	
	Data de Nascimento	() Invalidez Data início:	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	Grau de Parentesco	

TOTAL 100%

AVISO DE PRIVACIDADE**Dos dados pessoais dos Participantes e Beneficiários**

Todos os dados pessoais do Participante e seus Beneficiários, sejam aqueles informados pelo Participante no presente Pedido de Inscrição, bem como dados pessoais informados pela Patrocinadora, serão tratados em conformidade com a legislação aplicável em termos de proteção da privacidade e segurança de dados pessoais, notadamente a LGPD, nos termos descritos nas Políticas de Privacidade e Segurança da Informação da PETROS, maiores informações visitar nosso site institucional. Dessa forma, dados pessoais de Participantes e Beneficiários poderão ser utilizados, por exemplo, para execução do próprio contrato de prestação de serviços da PETROS; para cumprimento de obrigações legais; ou para atendimento a interesses legítimos da PETROS, dentre outras hipóteses, exclusivamente quando admitidas tais operações de tratamento e somente pelo tempo estritamente necessário, considerando a legislação aplicável.

Excepcionalmente, a PETROS poderá solicitar consentimento do Participante para realizar atividades de tratamento específicas que envolvam seus dados pessoais ou dos seus Beneficiários, como em casos em que o consentimento é exigido por lei, a exemplo da coleta de dados de crianças. Nesses casos, o Participante poderá consentir ou recusar, e, ainda, retirar seu consentimento, conforme sua conveniência, quando admitido, nos termos da legislação aplicável.

Dos direitos dos Participantes e Beneficiários

Como titulares de seus próprios dados pessoais, Participantes e Beneficiários têm uma série de direitos em relação a eles, como o de terem informação sobre o que a PETROS faz com seus dados, se e com quem são compartilhados, dentre outros direitos previstos na legislação aplicável e descritos nas Políticas de Privacidade e Segurança da Informação da PETROS. Participantes e Beneficiários podem exercer esses direitos conforme sua conveniência, nos limites e na forma da legislação e da regulamentação aplicável.

Solicitações, reclamações ou pedidos de esclarecimento relacionados aos dados pessoais deverão ser encaminhados diretamente ao Encarregado pelo tratamento de dados dpo@petros.com.br.

CONTRIBUIÇÃO MENSAL

Antes de estipular sua contribuição é importante que você faça uma simulação para obter estimativas de quanto será o seu benefício no futuro. Acesse os sites www.petros.com.br, www.simesp.com.br, www.simepar.org.br, www.simepe.org.br, www.amazon.com.br/sindmepa, mande um e-mail para sindmedrn@uol.com.br ou ligue para 08000 253545.

Contribuição Ordinária (obrigatória e mensal): Valor escolhido pelo Participante, observado o mínimo correspondente 10% (dez por cento) de uma USP.

Desejo recolher, mensalmente, a título de Contribuição Ordinária, o valor correspondente a:

R\$ _____ (_____)

DADOS PARA PAGAMENTO DAS CONTRIBUIÇÕES

Nome do correntista (Em caso de débito em conta corrente)	Dia do vencimento () 5 () 20	() Débito em conta corrente	() Boleto bancário	
CPF do responsável financeiro	Banco	Agência	Conta corrente	UF

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Autorizo o banco designado a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do Plano Simeprev. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para a finalidade, isentando o banco de qualquer responsabilidade caso a conta não comporte o valor do documento a liquidar. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da Petros ou do banco informado neste requerimento pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Assinatura do Requerente

O signatário requer sua inscrição como Participante do Plano Simeprev, declarando conhecer e aceitar as condições do Regulamento do Plano Simeprev. Declara estarem corretas as informações constantes deste Pedido de Inscrição, pelas quais se responsabiliza.

Declara, ainda, que não opta, neste ato, pela Cobertura Adicional para os riscos de invalidez e morte, oferecida pela Seguradora contratada pela Petros, conforme faculta o Regulamento do Plano Simeprev.

Local e Data

Assinatura do Requerente