

DADOS PESSOAIS

Nome do Proponente:

RG: Data Expedição: Órgão Expedidor - Natureza do Órgão: CPF:

Endereço: N° BL: Sala/Ap: Bairro:

Cidade: UF: CEP: Fone: Celular:

Data Nascimento: Sexo: Masc. Fem. Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Outros Receber informações do plano via: E-mail ImpressoForma de Averbação: 1. Averbação em Folha 2. Débito em Conta 3. Boleto Bancário 4. Outros e-mail:

Órgão Averbador: Matrícula Funcional:

Banco: Agência: Conta:

PLANO DE BENEFÍCIOS

Data de Inscrição Prazo de Carência Prazo de Contribuição

24 MESES

Referência 1º Desconto Processo SUSEP N°

Código/Tipo Recebimento e/ou Renda Mensal %

Plano de: / Único

Conjugado com: Pensão (em meses) ()60 ()120 ()180 ()240 ()360

Contribuição Inicial Valor do Benefício Inicial

ATUALIZAÇÕES TAXA DE CARREGAMENTO DO PLANO

As contribuições, benefícios serão atualizadas anualmente pelo IGP-M/FGV As despesas de corretagem, colocação e administração terão carregamento máximo de 30% (trinta por cento) do valor da contribuição paga pelo participante.

BENEFICIÁRIOS - Pecúlio / Seguro VG DATA DE NASC. CPF GRAU DE PARENTESCO %

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

1 - Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quando? Indique a moléstia em detalhes.

 SIM NÃO Explicações:

2 - Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, especifique o motivo.

 SIM NÃO Explicações:

3 - tem deficiência de órgão, membros ou nos sentidos? Especificar, inclusive, o grau de deficiência.

SIM NÃO Explicações:

4 - Já teve alguma proposta de seguro de vida/acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora ou proposta de subscrição de plano de benefício recusada por entidade de previdência? Em caso afirmativo, indicar a época e a seguradora ou entidade de previdência.

SIM NÃO Explicações:

5 - Pratica pára-queda, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de uma aeronave de quaisquer características? Caso afirmativo, especifique.

SIM NÃO Explicações:

6 - Teve ou tem alguma enfermidade tal como: doenças nervosas, doenças do coração, da coluna, hérnia, diabetes, tuberculose ou sífilis?

SIM NÃO Explicações:

7 - Já recebeu indenização por invalidez? Em caso afirmativo, especifique e indique a seguradora.

SIM NÃO Explicações:

AUTORIZAÇÃO / DECLARAÇÃO

Autorizo inclusão do meu nome na apólice de seguro contratada pelo estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das condições gerais e especiais da apólice e as comunicações inerentes ao contrato, devem ser encaminhados direto ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Fica ressalvado que tais poderes não lhe dão direito de cancelar o seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, e nem reduzir minha importância segurada, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade. Estou ciente de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do estipulante ou da Seguradora. Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verdadeiras e concordo em que as mesmas passem a integrar o contrato de previdência com esta Entidade e o contrato de seguro com a Seguradora, ficando ambas autorizadas a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, concordo com o art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio perderei o direito aos valores do pecúlio e do seguro. Autorizo esta Entidade a providenciar a fonte pagadora de meus vencimentos o desconto em folha e/ou débito em conta por tempo indeterminado da contribuição/premio referente a minha inscrição, e ciente de que os valores monetários das contribuições/prêmios serão atualizados anualmente, de acordo com o IGPM/FGV. Declaro ter conhecimento de que é de 30% (trinta) o carregamento para o custeio das despesas de corretagem, colocação e administração do plano subscrito. Declaro que tive prévio e expresso conhecimento dos termos e disposições constantes no Regulamento, de que poderei, a qualquer momento, mediante solicitação à Entidade em formulário próprio, alterar: i - a opção de receber as informações relativas ao plano de por meio impresso (papel) ou eletrônico; ii - o(s) beneficiário(s). E recebi, neste ato, a 2ª via da proposta e o regulamento do plano subscrito. Estou ciente de que o Certificado de Participante, somente será enviado quando aceitação da proposta, bem como de que a assinatura da proposta de inscrição implica na automática adesão aos termos do Regulamento do Plano. Afirmando que todas as declarações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, aceitando, por mim e meus beneficiários, as condições do Regulamento do Plano de Benefício.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

ASSINATURA DO CORRETOR

NOME DO CORRETOR

REGIÃO

REPRESENTANTE

Nº REGISTRO CORRETOR

DADOS PESSOAIS

Nome do Proponente:

RG: _____ Data Expedição: _____ Órgão Expedidor - Natureza do Órgão: _____ CPF: _____

Endereço: _____ N° _____ BL: _____ Sala/Ap: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Fone: _____ Celular: _____
() ()Data Nascimento: _____ Sexo: Masc. Fem. Estado Civil: 1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Outros Receber informações do plano via: E-mail ImpressoForma de Averbação: 1. Averbação em Folha 2. Débito em Conta 3. Boleto Bancário 4. Outros e-mail: _____

Órgão Averbador: _____ Matrícula Funcional: _____

Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

PLANO DE BENEFÍCIOSData de Inscrição _____ Prazo de Carência _____ Prazo de Contribuição _____
24 MESES

Referência 1º Desconto _____ Processo SUSEP N° _____

Código/Tipo _____ Recebimento e/ou Renda Mensal _____ %
Plano de: _____ / _____ Único

Conjugado com: Pensão (em meses) ()60 ()120 ()180 ()240 ()360

Contribuição Inicial _____ Valor do Benefício Inicial _____

ATUALIZAÇÕES

As contribuições, benefícios serão atualizadas anualmente pelo IGP-M/FGV

TAXA DE CARREGAMENTO DO PLANO

As despesas de corretagem, colocação e administração terão carregamento máximo de 30% (trinta por cento) do valor da contribuição paga pelo participante.

BENEFICIÁRIOS - Pecúlio / Seguro VG _____ DATA DE NASC. _____ CPF _____ GRAU DE PARENTESCO _____ %

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

1 - Sofre atualmente ou sofreu nos últimos 3 (três) anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quando? Indique a moléstia em detalhes.

 SIM NÃO Explicações: _____

2 - Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo, especifique o motivo.

 SIM NÃO Explicações: _____

3 - tem deficiência de órgão, membros ou nos sentidos? Especificar, inclusive, o grau de deficiência.

SIM NÃO Explicações:

4 - Já teve alguma proposta de seguro de vida/acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora ou proposta de subscrição de plano de benefício recusada por entidade de previdência? Em caso afirmativo, indicar a época e a seguradora ou entidade de previdência.

SIM NÃO Explicações:

5 - Pratica pára-queda, vôo livre ou exerce atividade profissional ou amadora a bordo de uma aeronave de quaisquer características? Caso afirmativo, especifique.

SIM NÃO Explicações:

6 - Teve ou tem alguma enfermidade tal como: doenças nervosas, doenças do coração, da coluna, hérnia, diabetes, tuberculose ou sífilis?

SIM NÃO Explicações:

7 - Já recebeu indenização por invalidez? Em caso afirmativo, especifique e indique a seguradora.

SIM NÃO Explicações:

AUTORIZAÇÃO / DECLARAÇÃO

Autorizo inclusão do meu nome na apólice de seguro contratada pelo estipulante, a quem concedo o direito de agir em meu nome, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das condições gerais e especiais da apólice e as comunicações inerentes ao contrato, devem ser encaminhados direto ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Fica ressalvado que tais poderes não lhe dão direito de cancelar o seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, e nem reduzir minha importância segurada, sem meu expresso consentimento, enquanto o pagamento do prêmio correr sob minha responsabilidade. Estou ciente de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do estipulante ou da Seguradora. Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu cônjuge, tendo prestado informações completas e verdadeiras e concordo em que as mesmas passem a integrar o contrato de previdência com esta Entidade e o contrato de seguro com a Seguradora, ficando ambas autorizadas a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente como estou de que, concordo com o art. 766 do Código Civil Brasileiro, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio perderei o direito aos valores do pecúlio e do seguro. Autorizo esta Entidade a providenciar a fonte pagadora de meus vencimentos o desconto em folha e/ou débito em conta por tempo indeterminado da contribuição/premio referente a minha inscrição, e ciente de que os valores monetários das contribuições/prêmios serão atualizados anualmente, de acordo com o IGPM/FGV. Declaro ter conhecimento de que é de 30% (trinta) o carregamento para o custeio das despesas de corretagem, colocação e administração do plano subscrito. Declaro que tive prévio e expresso conhecimento dos termos e disposições constantes no Regulamento, de que poderei, a qualquer momento, mediante solicitação à Entidade em formulário próprio, alterar: i - a opção de receber as informações relativas ao plano de por meio impresso (papel) ou eletrônico; ii - o(s) beneficiário(s). E recebi, neste ato, a 2ª via da proposta e o regulamento do plano subscrito. Estou ciente de que o Certificado de Participante, somente será enviado quando aceitação da proposta, bem como de que a assinatura da proposta de inscrição implica na automática adesão aos termos do Regulamento do Plano. Afirmando que todas as declarações acima são verdadeiras e por elas assumo inteira responsabilidade, aceitando, por mim e meus beneficiários, as condições do Regulamento do Plano de Benefício.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

ASSINATURA DO CORRETOR

NOME DO CORRETOR

REGIÃO

REPRESENTANTE

Nº REGISTRO CORRETOR