



QUESTIONÁRIO PARA ESTUDO DE PREVIDÊNCIA INDIVIDUAL

DADOS DO PROPONENTE

Nome		Sexo		Data Nascimento	
CPF	RG/Documento de identificação	Órgão Emissor	Data de Expedição	Estado Civil	
PEP ¹	Se Relac. Próximo, informe dados da PEP				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome	CPF	Grau de Relacionamento com PEP		
<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo					
Informar origem dos recursos (somente se for PEP e caso a operação seja acima de R\$10mil)					
<input type="checkbox"/> Salário/Pró-Labore	<input type="checkbox"/> Aplicações Financeiras	<input type="checkbox"/> Comissões	<input type="checkbox"/> Herança	<input type="checkbox"/> Imóveis	<input type="checkbox"/> Aposentadoria
Nacionalidade	Residente no Brasil		Profissão		
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Possui residência fiscal estrangeira?	País ²		NIF (número de identificação fiscal)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
E-mail		Rendimento Mensal			
		R\$			
Endereço para correspondência		Nº		Complemento	
CEP	Bairro	Cidade	UF	(DDD)Telefone Residencial	(DDD)Telefone Celular

DADOS DO RESPONSÁVEL LEGAL (somente em caso de planos infantis)

Nome		Sexo		Data Nascimento	
CPF	RG/Documento de identificação	Órgão Emissor	Data de Expedição	Estado Civil	
PEP ¹	Se Relac. Próximo, informe dados da PEP				
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome	CPF	Grau de Relacionamento com PEP		
<input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo					
Informar origem dos recursos (somente se for PEP e caso a operação seja acima de R\$10mil)					
<input type="checkbox"/> Salário/Pró-Labore	<input type="checkbox"/> Aplicações Financeiras	<input type="checkbox"/> Comissões	<input type="checkbox"/> Herança	<input type="checkbox"/> Imóveis	<input type="checkbox"/> Aposentadoria
Nacionalidade	Residente no Brasil		Profissão		
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Possui residência fiscal estrangeira?	País ²		NIF (número de identificação fiscal)		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
E-mail		Rendimento Mensal			
		R\$			
Endereço para correspondência		Nº		Complemento	
CEP	Bairro	Cidade	UF	(DDD)Telefone Residencial	(DDD)Telefone Celular

¹ PEP - Pessoa exposta politicamente: Consideram-se pessoas expostas politicamente os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5(cinco) anos anteriores, no Brasil ou no exterior, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, sócios, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

² Caso haja mais de um País, preencher o Formulário para Declaração de Residência Fiscal.

TRANSFERÊNCIA INTERNA (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

Nome do Plano - Origem	Origem/Proposta Nº	Processo Susep
Nome do Plano - Destino	Origem/Proposta Nº	Processo Susep

DADOS DO PLANO

REGIME TRIBUTÁRIO

- Compensável (Tabela Progressiva do Imposto de Renda)
 Definitivo (Tabela Regressiva do Imposto de Renda - Lei 11.053/04)

ENVIO DOS DOCUMENTOS

- Meios eletrônicos (email)
 Meios eletrônicos (email) e correio

DADOS SOBREVIVÊNCIA

Tipo de Renda	Tábua Biométrica³	Data de Saída	Aporte (R\$)	Portabilidade (R\$)	Transferência Interna (R\$)	Contribuição Mensal (R\$)
Mensal vitalícia	AT-2000					

³ TÁBUA BIOMÉTRICA: instrumento que mede a expectativa de vida dos segurados associada a aspectos financeiros (taxa de juros), utilizada para calcular o valor dos benefícios em forma de renda.

FUNDOS DE INVESTIMENTO

Nome do Plano	PGBL	Nome do Fundo	TAF ⁴	CNPJ
Multimercado Rubi Plus	<input type="checkbox"/> 15414.004107/2008-06	COMPOSTO MULTIMERCADO FICFI PREV	2,5%	08.747.753/0001-77
Composto Multimercado	<input type="checkbox"/> 15414.004096/2008-56	COMPOSTO MULTIMERCADO FICFI PREV	2,0%	02.924.248/0001-74
Renda Fixa Inflação	<input type="checkbox"/> 15414.004109/2008-11	RENDA FIXA INFLAÇÃO RUBI PREMIUM FICFI PREV	1,5%	17.072.616/0001-70
Renda Fixa Soberano	<input type="checkbox"/> 15414.004110/2008-11	RENDA FIXA SOBERANO DIAMANTE FI PREV	1,0%	02.924.217/0001-13
Private - Diamante	<input type="checkbox"/> 15414.001263/2010-21	RENDA FIXA DIAMANTE FICFI PREV	0,9%	11.051.999/0001-14
Private I - Diamante Plus	<input type="checkbox"/> 15414.001264/2010-76	RENDA FIXA DIAMANTE PLUS FICFI PREV	0,7%	11.051.989/0001-89

⁴ Taxa de Administração Financeira ao ano.

A lâmina e o regulamento do fundo associado ao plano estão no sítio da Comissão de Valores Mobiliários - CVM (www.cvm.org.br)

DADOS COBERTURAS/GARANTIAS DE RISCO (Apenas para planos Individuais)

Nº Processo SUSEP	Nome da Cobertura/Garantia	Valor do Benefício	Contribuição Mensal (R\$)
15414.003257/2010-17	Pecúlio		
15414.003258/2010-53	Pensão ao Cônjuge ou Companheiro(a)		
15414.003256/2010-64	Renda por Invalidez		

Total da Contribuição de Risco

RESUMO DA CONTRATAÇÃO

Contribuição total: Sobrevivência + Risco	R\$	Total
---	-----	--------------

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Data de Nascimento	Parentesco	% de Participação por Benefício		
			Sobrevivência	Risco	
				Pecúlio	Pensão

Observação: Na ausência de identificação dos beneficiários, será observado o que dispuser a legislação em vigor. A qualquer momento o beneficiário indicado poderá ser alterado. Caso o beneficiário seja outro que não o cônjuge ou parente de 1º grau (pais, filhos ou irmãos), favor justificar a escolha no campo observações abaixo.

Observações:

TAXAS DE CARREGAMENTO

Os planos Multimercado Rubi Plus, Composto Multimercado, Renda Fixa Inflação, Renda Fixa Soberano, Private e Private I possuem 0% de carregamento.

DADOS DE COBRANÇA E PAGAMENTO

Forma de pagamento	DADOS BANCÁRIOS PARA DÉBITO EM CONTA		
1ª contribuição	Nome e nº do Banco	Agência	Conta e dígito
<input type="checkbox"/> ADC (Autorização Débito em C/C) <input type="checkbox"/> Boleto			
Demais contribuições	CPF do correntista/responsável		
<input type="checkbox"/> ADC (Autorização Débito em C/C) <input type="checkbox"/> Boleto			
Periodicidade do pagamento	Autorizo o débito em minha conta corrente		
<input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Única			
Valor da 1ª contribuição			
R\$			
Dia venc. da segunda contribuição em diante	Valor das demais contribuições	_____	
R\$		Assinatura do Correntista	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O participante/segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

A aceitação do plano estará sujeita à análise do risco.

É obrigatório o preenchimento dos campos "local e data" pelo proponente e/ou seu representante legal.

O valor dos benefícios e prêmios/contribuições serão atualizados anualmente, pelo IPCA (IBGE) Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística ou, na falta deste, pelo IPC/FIPE (Índice de Preços ao Consumidor da Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas), com base na variação dos últimos 12 meses contados a partir do 2º mês anterior ao mês de atualização.

Além do reajuste anual, o prêmio mensal das coberturas de risco será reenquadrado em função da nova idade do segurado, de acordo com a periodicidade descrita no regulamento/condições gerais da cobertura.

Pagamentos de recursos de previdência serão realizados exclusivamente por meio de crédito em Conta Corrente ou Conta Poupança em nome e titularidade do participante/segurado.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

"Declaro, para todos os fins, que recebi, li e concordei integralmente com os termos do regulamento do Plano que estou contratando e que tenho prévio e expresso conhecimento:

- De que a qualquer momento poderei alterar a opção de visualização dos documentos e os percentuais estabelecidos para aplicação dos recursos entre os fundos vinculados ao plano.
- Da(s) política(s) adotada(s) para investimento dos recursos dos FIE(s), particularmente das diretrizes que serão observadas na realização - com atendimento às normas gerais e regulamentares pertinentes - de operações em mercados organizados de liquidação futura (derivativos) e especificação dos percentuais mínimo e máximo de investimentos em renda variável.
- Das regras das coberturas de risco que posso contratar e dos respectivos risco excluídos (não cobertos) contidos nas condições gerais associadas a este plano.

Declaro ainda que as informações por mim prestadas nesta proposta correspondem com a verdade e estou ciente de que perderei o direito à indenização decorrente das Condições Gerais das Coberturas de Risco, caso tenha ocorrido omissão de informações que possam ter influenciado na aceitação da proposta, valor do prêmio/contribuição, benefício e/ou renda, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente de que não haverá cobertura para eventos e doenças preexistentes à contratação deste Plano, conforme previsto nas Condições Gerais.

e) De que, de acordo com a legislação civil e penal, sou responsável pelas informações bancárias informadas para a cobrança dos prêmios/contribuições, inclusive se for indicada conta bancária que não for de minha titularidade. Estou ciente que em caso de devolução da proposta com valor do prêmio /contribuição, este será devolvido diretamente na conta bancária originalmente debitada.

f) De que constituirão motivos para cancelamento do plano e perda do direito às coberturas de risco, o não pagamento dos prêmios em virtude do(a): encerramento da conta corrente; encerramento da agência detentora da conta corrente, sem transferência para outra agência; não efetivação de um dos débitos programados por insuficiência de fundos na conta corrente, para cobertura do valor a ser debitado e; falta de autorização prévia para débito em conta corrente, quando esta for uma exigência do banco no qual a conta corrente é mantida.

Autorizo meu(s) médico(s) assistente(s), a apresentar(em) em meu nome e de meus beneficiários, todas as informações necessárias à liquidação de eventuais sinistros cobertos por este Plano de Previdência Complementar.

Autorizo a inclusão de todos os dados e informações relacionadas ao presente plano, assim como de todos os eventuais sinistros e ocorrências referentes a ele, em banco de dados, aos quais a seguradora poderá recorrer para análise de riscos atuais e futuros e na liquidação de processos de sinistros.

Autorizo a Seguradora, a transmitir ao corretor identificado nesta proposta, todas as informações cadastrais financeiras, inclusive saldo, relativas ao plano ora contratado.

SIM NÃO

Local e Data

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Proponente

IMPORTANTE: A assinatura da proposta de inscrição implica na automática adesão do proponente aos termos do regulamento do plano. Em caso de proponente não alfabetizado, além da assinatura a rogo, pede-se a assinatura de duas testemunhas. Os menores de 16 (dezesesseis) ou 18 (dezoito) anos serão, respectivamente, representados ou assistidos pelos pais, tutores ou curadores.

É necessário o preenchimento dos campos "Local e Data" pelo proponente ou por seu representante legal, ou, ainda, por expressa solicitação de qualquer um destes, pelo corretor de seguros. Caso essas informações não sejam preenchidas, será considerado como "Local" a cidade de residência do cliente e como "data" a data de protocolo desta proposta na Seguradora.

DECLARAÇÃO DO CORRETOR

"Declaro que prestei ao proponente/responsável todas as informações referentes ao plano e que a indicação dos beneficiários foi preenchida pelo proponente de próprio punho. Segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções".

DADOS DO CORRETOR

Susep	Nome da corretora	% Part.	Telefone	Nome e Susep da Co-corretora	% Part.

Local e Data

Assinatura do Corretor

DADOS DO RESPONSÁVEL FINANCEIRO (Preencher somente se for diferente do Proponente)

Nome	Sexo	Data Nascimento			
CPF	RG/Documento de identificação	Órgão Emissor	Data de Expedição	Estado Civil	
PEP ¹	Se Relac. Próximo, informe dados da PEP	CPF	Grau de Relacionamento com PEP		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo	Nome				
Informar origem dos recursos (somente se for PEP e caso a operação seja acima de R\$10mil)					
<input type="checkbox"/> Salário/Pró-Labore	<input type="checkbox"/> Aplicações Financeiras	<input type="checkbox"/> Comissões	<input type="checkbox"/> Herança	<input type="checkbox"/> Imóveis	<input type="checkbox"/> Aposentadoria
Nacionalidade	Residente no Brasil	Profissão			
	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO				
Possui residência fiscal estrangeira?	País ²	NIF (número de identificação fiscal)			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
E-mail	Rendimento Mensal				
	R\$				
Endereço para correspondência	Nº	Complemento			
CEP	Bairro	Cidade	UF	(DDD)Telefone Residencial	(DDD)Telefone Celular

¹ PEP - Pessoa exposta politicamente: Consideram-se pessoas expostas politicamente os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5(cinco) anos anteriores, no Brasil ou no exterior, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, sócios, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

² Caso haja mais de um País, preencher o Formulário para Declaração de Residência Fiscal.

Assinatura do Responsável Financeiro

