

PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

Contratação avulsa de cobertura de risco

CNPJ do Plano 48.307.525/0001-09		Nº do Instituidor		Nome do Instituidor		Nº da Proposta	
Nome Completo						Data de Nascimento	
Idade	Sexo ☐ F ☐ M	Estado Civil ☐ Solteiro ☐ Divorciado	☐ Casado ☐ Viúvo	☐ Separado ☐ União Estável	Nº de Filhos	CPF	☐ Titular ☐ Dependente
Nacionalidade		Natureza do Documento		Nº do Documento		Órgão Expedidor	Data de Expedição
Ocupação Principal		Código ☐ Ativo ☐ Inativo	Empresa em que Trabalha				
Categoria ☐ Empregado ☐ Servidor ☐ Público ☐ Outros ☐ Empregador ☐ Autônomo			Renda Mensal Bruta		É Pessoa Exposta Politicamente ¹ ? ☐ Não ☐ Sim. Especificar:		
Residente no Brasil? ☐ Sim ☐ Não		Você tem obrigações fiscais com outros países ² ? ☐ Não ☐ Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.					
Endereço Residencial							Nº
Complemento		Bairro	Cidade		UF	CEP	
DDD	Telefone Fixo		DDD	Telefone Celular			
E-mail							É participante? ☐ Sim ☐ Não
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)						CPF do Representante Legal	
Filiação							

¹ **Pessoas politicamente expostas:** 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 **A Lei de Conformidade Tributária de Contas Estrangeiras [Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)]** é uma lei federal norte-americana que prevê a obrigatoriedade de instituições bancárias estrangeiras fornecerem dados de seus correntistas às autoridades americanas, desde que esses correntistas sejam também cidadãos norte-americanos.

PLANO DE BENEFÍCIOS

Benefício APOSENTADORIA PROGRAMADA	Idade para Entrada em Benefício anos	Valor da Contribuição (1) R\$
Taxa de Carregamento do plano: 0%. O valor de contribuição será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC.		

Inscrição do plano no Cadastro Nacional de Planos de Benefícios (CNPB) nº 2011/0017-65.

BENEFICIÁRIOS DO PLANO (inexistindo indicação de beneficiários, será observado o art. 792 do Código Civil)

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco*	Participação

*A - Avô(ô); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

PARCELA ADICIONAL DE RISCO

Benefício 1102 - PECÚLIO POR MORTE	Nº Processo SUSEP 15.414.000077/2005-16	Valor do Pecúlio R\$	Valor da Contribuição R\$
1103 - PECÚLIO POR INVALIDEZ	15.414.000078/2005-52	R\$	R\$
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência CNPJ: 33.608.308/0001-73 Carregamento: 30%		Total da Parcela Adicional de Risco (2)	R\$

O valor da contribuição para o(s) pecúlio(s) será atualizado, anualmente, no mês de junho, pela variação do INPC e em função da nova idade atingida pelo participante. O registro destes planos na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação para sua comercialização.

DADOS PARA PAGAMENTO

Dia do Vencimento		Total da Contribuição - R\$ (1+2)		☐ Consignação em folha ☐ Débito em Conta ☐ Boleto Bancário		
Nome do Correntista (em caso de débito em conta)				CPF do Correntista		
Nº do Banco	Nome do Banco	Nº da Agência	Nº da Conta Corrente	Autorização de débito em conta no verso da 2ª via.		

Espaço para relógio protocolo

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a MONGERAL AEGON tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MONGERAL AEGON no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

PARA USO DA SEGURADORA

Nome do Proponente			CPF	Código do Órgão	A partir de
Convênio Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Regional	Gerente de Sucursal
Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2		

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE Declaração Pessoal de Saúde (nunca deve ser assinada em branco.)

Perguntas	Respostas	Em caso afirmativo, especificar,
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento?	☐ Sim ☐ Não	
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, hipertensão, circulatorias, do sangue, diabetes, pulmão, fígado, rins, infarto, acidente vascular cerebral, articulações, qualquer tipo de câncer ou HIV?	☐ Sim ☐ Não	
3. Sofre ou sofreu de deficiências de órgãos, membros ou sentidos, incluindo doenças ortopédicas relacionadas a esforço repetitivo (LER e DORT)?	☐ Sim ☐ Não	
4. Fez alguma cirurgia, biópsia ou esteve internado nos últimos cinco anos?	☐ Sim ☐ Não	
5. Está afastado(a) do trabalho ou aposentado por invalidez?	☐ Sim ☐ 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 sejam de linhas regulares?	☐ Sim ☐ Não	
7. É fumante?	☐ Sim ☐ Não	☐ Cigarro ☐ 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?	☐ Sim ☐ Não	
10. Foi diagnosticado(a) com infecção pelo novo CORONA VÍRUS ou COVID-19?	☐ Sim ☐ Não	
11. Apresenta, no momento, sequelas do COVID-19 diferente de perda de olfato e/ou paladar?	☐ Sim ☐ Não	

Declaro ter recebido o exemplar do estatuto da Sul Previdência e do regulamento do plano PlenoPrev, bem como o material explicativo sobre o referido plano. Declaro também que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de pecúlio, contratados pela Sul Previdência na MAG Seguros, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a Sul Previdência, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da Sul Previdência. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos, sabendo, desde já, que a aceitação dos planos de risco está sujeita à análise do risco. Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à MAG Seguros informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional. Comprometo-me a informar à Sul Previdência a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 34/2020 e na Circular SUSEP nº 612/2020.

Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

PARA USO DA SUL PREVIDÊNCIA

Conferido em	Visto
--------------	-------

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da Sul Previdência

Gestor do plano: Sociedade de Previdência Complementar Sul Previdência - CNPJ: 12.148.125/0001-42

PARA USO DA SEGURADORA

Nome do Proponente			CPF	Código do Órgão	A partir de
Convênio Adesão	Ação de Marketing	Alternativa	Sucursal	Diretor Regional	Gerente de Sucursal
Gerente Comercial	Agente	Corretor 1	Corretor 2	Agente Fidelização	

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro ter recebido o exemplar do estatuto da Sul Previdência e do regulamento do plano PlenoPrev, bem como material explicativo sobre o referido plano. Declaro também que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de Pecúlio, contratados pela Sul Previdência junto à MAG Seguros, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a Sul Previdência, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão será da Sul Previdência. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos, sabendo, desde já, que a aceitação dos planos de risco está sujeita à análise do risco.

Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Artigo 766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inverdades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à MAG Seguros informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou sigilo profissional.

Comprometo-me a informar à Sul Previdência a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após a assinatura da proposta, durante a vigência do plano, conforme os termos definidos na IN MPS nº 34/2020 e na Circular SUSEP nº 612/2020.

Concordo em receber eletronicamente o Relatório Anual com informações do Plano, bem como autorizo a utilização do endereço eletrônico para envio de demais informações e documentos relacionados com o Plano.

☐ Sim ☐ Não

Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

PARA USO DA SUL PREVIDÊNCIA

Autorizo o banco designado no anverso a debitar na conta corrente, por mim indicada, o valor correspondente às contribuições do plano contratado nesta proposta. Estou ciente de que os débitos em conta corrente serão comandados tendo por base as informações enviadas diretamente pela Sul Previdência ao banco. 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-me ciente de que o banco poderá, mediante aviso, com antecedência mínima de 15 (quinze) dias do vencimento do encargo ou da próxima parcela, tornar sem efeito a presente autorização, reservando-me adotar o mesmo procedimento, quando do meu interesse. Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da Sul Previdência ou do banco informado nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data

Assinatura do Correntista

PARA USO DA SUL PREVIDÊNCIA

Conferido em	Visto
--------------	-------

De acordo com a solicitação do proponente.

Local e Data

Assinatura do Representante da Sul Previdência