

Nº Inscrição MAIS PREMIUM
Nº Proposta Carta Oferta (risco)
<input type="checkbox"/> Contratação avulsa de Coberturas de Risco

## 1 - QUALIFICAÇÃO DO PROPONENTE

Nº do Instituidor <b>123</b>	Nome do Instituidor <b>Instituidor 2</b>	CNPJ	Nº do Registro no Instituidor
Nome Completo <b>MATEUS</b>			Data de Nascimento <b>27/03/1998</b>
Idade <b>12</b>	Sexo <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/> M	Estado Civil <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> União Estável	Nº de Filhos <b>7</b> CPF <b>042.012.600-70</b> <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente
Nacionalidade <b>MATEUS</b>	Natureza do Documento <b>MATEUS</b>	Nº do Documento <b>123</b>	Órgão Expedidor <b>MATEUS</b> Data de Expedição <b>12/12/2012</b>
Naturalidade <b>MATEUS</b>	Ocupação Principal <b>MATEUS</b>	Código <input type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Inativo	Empresa em que Trabalha
Categoria <input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregado <input checked="" type="checkbox"/> Servidor Público <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Autônomo	Renda Mensal Bruta	É Pessoa Politicamente Exposta <sup>1</sup> ? <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:	
Residente no Brasil? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Você tem obrigações fiscais com outros países? <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Sim. Favor preencher o Formulário de Informações Tributárias Complementares.		
Endereço Residencial <b>Rua Capitão Romualdo de Barros</b>			Nº <b>997</b>
Complemento	Bairro <b>Carvoeira</b>	Cidade <b>Florianópolis</b>	UF <b>SC</b> CEP <b>88040-600</b>
DDD <b>null</b>	Telefone Fixo <b>null</b>	DDD <b>48</b>	Telefone Celular <b>99162-9044</b>
E-mail			
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)			CPF do Representante Legal
Filiação			

<sup>1</sup> Pessoa politicamente exposta é o agente, familiar, seu representante ou outras pessoas do seu relacionamento próximo que desempenha ou tenha desempenhado nos últimos 5 (cinco) anos, no Brasil ou em território estrangeiro, cargo, emprego ou função pública relevante, de acordo com Art. 3º da Instrução Previc nº 18, de 2014.

## 2 - CONTRIBUIÇÕES

BENEFÍCIO DE RENDA PROGRAMADA	
Idade para Entrada em Benefício	<b>12</b> anos
Valor da Contribuição Mensal	R\$ <b>1,23</b>
Valor da Contribuição do Instituidor	R\$ <b>1,23</b>

Plano: Inscrição do Plano CNPB nº 2022.0020-83.  
Coberturas de Risco: garantidos pela Porto Seguro Cia. De Seguros Gerais S.A CNPJ: CNPJ 61.198.164/0001-60. Nº Processo SUSEP: 15414.900943/2016-15. O registro desses planos na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação para a sua comercialização

### BENEFÍCIO DE RISCO

COBERTURA(S)	CAPITAL SEGURADO	CONTRIBUIÇÃO
Morte (M)	R\$	R\$
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA)		
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - Antecipação (IFPDA)		
COBERTURA(S)	CAPITAL SEGURADO	CONTRIBUIÇÃO
Morte (M)	R\$	R\$
CONTRIBUIÇÃO TOTAL		R\$

### 3 - BENEFICIÁRIOS DO PLANO

Nome	CPF	Parentesco	% Participação	Data de Nascimento	A - Avô(ó); 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 Para incluir mais beneficiários utilize FORMC 02

#### BENEFICIÁRIOS

Em caso de Morte ou Invalidez Total e Permanente do segurado, o único beneficiário, no valor de 100% dos benefícios contratados, será a SUL Previdência, identificada nesta proposta, para que possa arcar com a manutenção do benefício previsto no Regulamento do Plano de Benefícios. O beneficiário não poderá ser alterado em hipótese alguma pelo participante.

#### BENEFÍCIOS

Morte (M): garante uma indenização aos beneficiários em caso de morte, natural ou acidental, do segurado.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): garante uma indenização ao segurado em caso de invalidez permanente total por acidente.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença {IFPDA): garante uma indenização correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte

em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause perda de sua existência independente.

### 4 - FORMAS DE PAGAMENTO

Data de Pagamento	Formas de Pagamento	Banco	Agência	Conta Corrente
	Boleto bancário      Desconto em folha      Débito em conta			

#### 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 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 nessa proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

### 5 - DECLARAÇÃO PLANO

Solicito minha inscrição como participante do Plano, assumindo integral responsabilidade pelas informações constantes nesta Proposta de Inscrição. Declaro estar ciente e de acordo com as seguintes informações: • Sobre as contribuições e aportes incide Taxa de Carregamento, para pagamento de despesas administrativas da Entidade. A Taxa será de 0%, podendo ser alterada a qualquer momento por decisão do Conselho Deliberativo. • Declaro estar ciente que no recebimento de benefícios ou resgate, haverá tributação de Imposto de Renda conforme alíquota escolhida na contratação do Plano. • Meus direitos no Plano só ocorrerão com o pagamento da primeira contribuição. • "Declaro estar ciente que, após a efetivação da primeira contribuição, os materiais informativos: Regulamento do Plano, Estatuto Social da SUL Previdência, Certificado de Participante e Cartilha de Adesão serão disponibilizados na Área. Restrita do Participante, ressalvado o Direito de solicitar, a qualquer momento, o recebimento do material em meio físico. • Autorizo o Instituidor, no qual mantenho o vínculo associativo, que compartilhe sua base de dados com a SUL Previdência para fins de cumprimento da Instrução Previc n 18/2014. • Autorizo o envio de SMS, e-mail marketing e a realização de contatos ativos por parte da SUL Previdência referentes ao Plano.

Nome Completo do Proponente	CPF
Local e Data	Assinatura do Proponente ou Representante Legal
	Assinatura Conferida
	Visto e Carimbo

### 6 - DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE - DPS

ATENÇÃO: Em caso de adesão às coberturas de risco é obrigatório o preenchimento de todos os campos, sem rasuras e com a mesma caneta da assinatura.

Declaro, estar em perfeitas condições de saúde e em plena atividade de trabalho. Não ter sido submetido a tratamento médico em regime hospitalar ou intervenções cirúrgicas, incluído biópsia ou punção, nos últimos 5 anos e não ser portador de nenhuma doença crônica ou congênita. Não ter apresentado resultados alterados em exames tais como ressonância magnética, radiografia, tomografia, ultrassonografia, endoscopia, exames de sangue ou qualquer outro. Nunca ter sido submetido a tratamentos de radioterapia ou quimioterapia. Não praticar esportes aéreos ou subaquáticos como piloto em competições automobilísticas ou motociclística. Caso haja situações que contrariem as declarações acima, especificar seguido da informação sobre sua atual situação.	NÃO	SIM	Caso haja situações que contrariem as declarações, especificar seguindo sobre sua situação atual:
---	-----	-----	---



1. A PORTO SEGURO (aqui compreendida por todas as empresas pertencentes ao seu grupo econômico), tem o compromisso de respeitar e garantir a privacidade e a proteção dos dados pessoais dos titulares e por isso, declara que o tratamento de dados pessoais se dá para o desempenho de suas atividades legais, observando a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema. 2. A coleta de dados pessoais pode ocorrer de diversas formas, como por exemplo: na cotação e/ou contratação de seus diversos produtos e serviços, utilizações do site e aplicativos, bem como nas interações com os diversos canais de comunicação, mas sempre respeitando os princípios finalidade, adequação, necessidade, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação e obrigações legais. 3. A PORTO SEGURO implementará as medidas técnicas e organizacionais apropriadas para proteger os dados pessoais, levando em conta técnicas avançadas disponíveis, o contexto e as finalidades do tratamento. As medidas de segurança atenderão as (i) exigências das leis de proteção de dados; e (ii) medidas de segurança correspondentes com as boas práticas de mercado. 4. Os dados pessoais serão, em regra, armazenados pelo tempo que perdurará a relação entre as partes. Entretanto, há situações em que esses dados deverão ser armazenados além do período de relacionamento e essas situações advêm de exigências legais e/ou regulatórias, ou quando for necessário para exercer direitos em processos judiciais ou administrativos. 5. A PORTO SEGURO possui uma Política de Privacidade, a qual encontra-se disponível no seguinte endereço [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)

## 8 - DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE PARA COBERTURAS DE RISCO

### Declaro que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com as seguintes informações:

• As coberturas de risco (pecúlio por morte e invalidez total e permanente) são contratadas pela SUL Previdência junto à Porto Seguro Cia. De Seguros Gerais S.A, sendo por mim custeadas. • As coberturas terão como único beneficiário a SUL Previdência, o que não poderá ser alterado, e na ocorrência dos benefícios de risco, os pagamentos serão feitos na forma disposta no Regulamento do Plano. • Declaro que não omiti informações no preenchimento dessa proposta e que estou ciente que o(s) segurado(s) incluídos no presente seguro perderão direito à indenização, caso haja omissões de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido. Declaro que tive prévio conhecimento das Condições Gerais, Especiais e Contratuais deste seguro, cujo conteúdo li, compreendi e estou de acordo. O Estipulante também declara e concorda que somente os proponentes que estiverem em plena atividade profissional, na data marcada para o início de vigência do risco individual, poderão ser incluídos na apólice. Caso a Seguradora venha a indenizar sinistro(s) ocorrido (s) com segurados que não estavam em plena atividade profissional quando da contratação do seguro, mas tenham sido incluídos na apólice a pedido do Estipulante, a Seguradora poderá pleitear o ressarcimento dos valores pagos, mediante prova do pagamento efetuado ao(s) Beneficiário(s) / Segurado (s), sendo que a empresa Estipulante abaixo assinada reconhece tal ressarcimento em favor da Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais. Conforme estabelece a Circular Susep 445/12 o proponente pessoa jurídica deve informar à Seguradora os nomes dos controladores até o nível de pessoa física dos principais administradores e procuradores. Essas informações devem ser prestadas em formulário específico. Declaro ter conhecimento de que a Cobertura de Morte por doença terá carência de 90 (noventa) dias para óbito que possua relação direta ou indireta com o Covid-19. A carência será iniciada na data do início de vigência da apólice, do risco individual ou do endosso, no caso de aumento de capital. Em caso de migração entre seguradoras, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice. É necessário o preenchimento dos campos "Local e Data" pelo Estipulante ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, 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.

• As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://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 a sua comercialização. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/PASEP e de 4% de COFINS, deduzidos do estabelecido em legislação específica.

AS CONDIÇÕES GERAIS DO SEGURO ESTÃO DISPONÍVEIS NO SITE: [WWW.PORTOSEGURO.COM.BR](http://WWW.PORTOSEGURO.COM.BR)

Porto Seguro Cia. De Seguros Gerais S.A. - Al. Barão de Piracicaba, nº 618 - Torre B - 3º Andar - Campos Elíseos - São Paulo - CEP 01216-012 - CNPJ 61.198.164/0001-60. Chat Online: [www.portoseguro.com.br/a-porto-seguro/fale-com-a-porto-seguro/chat-on-line](http://www.portoseguro.com.br/a-porto-seguro/fale-com-a-porto-seguro/chat-on-line) - Central de Atendimento: (11) 3366-3377 (Grande São Paulo) - 0800-727-9393 (demais localidades). Horário de atendimento: de segunda a sexta-feira, das 8h15 às 18h30. Atendimento exclusivo para deficientes auditivos: 0800-727-8736. Ouvidoria: 0800-727-1184. SAC: 0800-727-2746 (24 horas). Acesse nosso site: <https://www.portoseguro.com.br/seguro-de-vida-para-empresas>

### ANGARIADOR

### PARA USO DA SUL PREVIDÊNCIA

<p>_____ Nome/Assinatura</p>	<p>Data da implantação no sistema: _____ Proposta conferida em: _____</p> <p>Visto funcionário responsável: _____</p>
<p>Fica eleito o foro de Florianópolis - Comarca da Capital de Santa Catarina, para dirimir eventuais DÚVIDAS acerca da Proposta de Inscrição.</p>	