|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | BARCELONA I **PROPOSTA DE ADESÃO** VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre Individual VGBL  VGBL CRESCER | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| N° Proposta | | | | | |
| DADOS DO PROPONENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF DO PROPONENTE | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | | | RG/RNE | | | | | | | | | | | | | ÓRGÃO EXPEDIDOR | | | | | | | | | | | | | DATA DE EXPEDIÇÃO | | | | | ESTADO CIVIL | | | | | | | | | | |
| SEXO  M  F | | | PROFISSÃO/ATIVIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | RESIDENTE NO PAÍS  Residente  Não Residente | | | | | | | | | | |
| PAÍS DE NASCIMENTO | | | NACIONALIDADE | | | | | | | | | | | | | | | | | PAÍS DE RESIDÊNCIA FISCAL | | | | | | | | | | | | | | | PAÍS COM OBRIGAÇÕES FISCAIS POR MOTIVO DE RESIDÊNCIA OU CIDADANIA DIFERENTE DO BRASIL | | | | | | | | | | |
| Renda Mensal do Proponente  Até R$ 1 mil  De R$ 1 mil a R$ 3 mil  De R$ 3 mil a R$ 5 mil  De R$ 5 mil a R$ 10 mil  De R$ 10 mil a R$ 20 mil  Acima de R$ 20 mil | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | Os Proponentes menores de 16 anos deverão ser representados, e os maiores de 16 anos e menores de 18 anos, assistidos pelos pais, tutores ou curadores, observada a legislação vigente (anexar cópias do termo de tutela ou curatela se for o caso). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF DO REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | | |
| DATA DE NASCIMENTO | | | | | | | | RG/RNE | | | | | | | | | | ÓRGÃO EXPEDIDOR | | | | | | | | DATA DE EXPEDIÇÃO | | | | | | | | | ESTADO CIVIL | | | | | QUALIFICAÇÃO  Pai  Tutor  Mãe  Curador | | | | | |
| ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE / REPRESENTANTE LEGAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LOGRADOURO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | NÚMERO | | | | | |
| COMPLEMENTO | | | | | | | | | BAIRRO | | | | | | | | | | | | CIDADE | | | | | | | | | | | ESTADO | | | | | | | | CEP | | | | | |
| TELEFONE (DDI + DDD + N° TELEFONE)  (   )(   ) | | | | | | | | | | DESEJA RECEBER EXTRATO (a)  Impresso  Eletrônico (web) | | | | | | | | | | | | | | | E-MAIL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO PLANO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IDADE DE SAÍDA DO PROPONENTE (b) | | | | | | | | | | DATA CONCESSÃO INDENIZAÇÃO DE APOSENTADORIA | | | | | | | | | | | | | PERÍODO COBERTURA DA PROTEÇÃO FAMILIAR | | | | | | | | | | | PRÊMIO PERIÓDICO  Mensal  Bimestral  Trimestral | | | | | | | | | | | |
| MODALIDADE DOS PLANOS VGBL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GESTOR DA CARTEIRA DE ATIVOS DO FIC/FIE | | | | | PLANOS/FUNDOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAPFRE INVESTIMENTOS LTDA | | | | |  | MAPFRE INVEST RENDA FIXA PREV FICFI  Processo SUSEP: 15414.902149/2013-63  (V-008978 / C-008984) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | MAPFRE CORPORATE MULTIMERCADO PLUS PREV FICFI  Proc. SUSEP: 15414.902151/2013-32  (V-008980 / C-008986) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | MAPFRE INVEST MULTIMERCADO PREV FICFI  Processo SUSEP: 15414.902150/2013-98  (V-008979 / C-008985) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | MAPFRE CORPORATE GOVERNANCE COMPOSTO FICFIM  Proc. SUSEP: 15414.902152/2013-87  (V-008981 / C-008987) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| BNP PARIBAS ASSET MANAGEMENT BRASIL LTDA. | | | | |  | BNP PARIBAS FICFI MAPFRE MAXI - RENDA FIXA – PREVIDENCIÁRIO - Processo SUSEP: 15414.902153/2013-21  (V-008982 / C-008988) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | BNP PARIBAS FICFI MAPFRE MAXI 20 – MULTIMERCADO – PREVIDENCIÁRIO - Processo SUSEP: 15414.902154/2013-76  (V-008983 / C-008989) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cód. Ben. | | INDENIZAÇÃO DE APOSENTADORIA (b) (c) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Aporte Inicial | | | | | | | | Prêmio Periódico (d) | | | | | | |
| APO | | PAGAMENTO ÚNICO (Carregamento conforme tabela no verso) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| Cód. Ben. | | PROTEÇÃO FAMILIAR(e)(Carregamento: 30%) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Valor Indenização (d) | | | | | | | | Prêmio Periódico (d) | | | | | | |
| PEC | | Pecúlio por Morte  Processo SUSEP: 15414.002987/2010-92 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| RVT | | Renda Vitalícia por Invalidez (f)  Processo SUSEP: 15414.004805/2010-18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| RVI | | Renda Vitalícia por Invalidez com prazo mínimo garantido de 10 anos (f)  Processo SUSEP: 15414.004808/2010-51 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| PCJ | | Pensão Vitalícia ao Cônjuge  Processo SUSEP: 15414.004806/2010-62 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| PPC | | Pensão por Prazo Certo de \_\_\_\_\_ anos (5, 10, 15, 20 ou 25 anos)  Processo SUSEP: 15414.004807/2010-15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| PME | | Pensão aos Menores de 21 anos  Processo SUSEP: 15414.004803/2010-29 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| Prêmio Periódico Total (Mínimo de R$ 100,00) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | R$ | | | | | | |
| OPÇÃO DE TRIBUTAÇÃO (Preenchimento Obrigatório) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tabela Progressiva (tributação fixa de 15% - compensável na declaração de ajuste anual)  Tabela Regressiva (tributação definitiva de 35% a 10%). Conforme previsto no art. 1° ou no art. 2° da Lei 11.053, de 29 de dezembro de 2004, declaro estar ciente de que esta opção é **irretratável.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORMA DE PAGAMENTO (Preencher somente quando houver Prêmio Periódico) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ficha de Compensação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Débito Conta Corrente  (Preencha os dados do Banco/ Conta ao lado) | | | | | | | | | | | | | | | | NOME DO BANCO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓD. DO BANCO | | | | | | | | | | | | CÓD. DA AGÊNCIA | | | | | | | | | | Nº DA CONTA CORRENTE | | | | | | | |
| DIA PARA VENCIMENTO  1 5 10 15 20 25 | | | | | | | | | | | | | | | Periodicidade de pagamento do Prêmio: Mensal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – Caixa Postal 77215 - CEP 04578-000 - São Paulo – SP - CNPJ 04.046.576/0001-40 - Inscr. Est. Isenta** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREV-F-105 04/2018 | | | | | | | | | | | | | | 1A VIA – MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. 2A VIA – CLIENTE 3A VIA – CORRETOR Pág.: 1 de 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | BARCELONA I **PROPOSTA DE ADESÃO** VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre Individual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| N° Proposta | | | | | |
| \*BENEFÍCIÁRIOS (Em caso de falecimento do segurado) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cód. Ben. | Nome Completo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | | | | | Data de Nascimento | | | | | | Parentesco | | | | | **% de Participação** | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | |  | | | |
| \* Na ausência de identificação dos beneficiários, será observado o que dispuser a legislação em vigor. Havendo indicação de beneficiários, porém sem preenchimento do percentual de participação entre eles, será considerado automaticamente um rateio em partes iguais. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO CORRETOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ESTRUTURA DE NEGÓCIO | | | | | | | TIPO DE VENDA | | | | | | | | | | | | CÓD. SUSEP DO CORRETOR | | | | | | | | | | | | | | CPF/CNPJ | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO CORRETOR (A) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO ASSESSOR COMERCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓD. DA AGÊNCIA / NOME | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nº DA MATRÍCULA | | | | | | | | | | | | |
| NOME DO ASSESSOR COMERCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | CPF | | | | | | | | | | | | |
| DECLARAÇÃO DO CORRETOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eu, Corretor/Angariador, declaro que entreguei ao Proponente/Titular a 2º via desta Proposta, e que o Regulamento do Plano foi lido pelo mesmo, não manifestando quaisquer dúvidas sobre seu teor. Atesto que a Declaração de Saúde e Atividades foi preenchida, quando da contratação de Proteção Familiar, de próprio punho, pelo Proponente (ou seu responsável, se menor) e que, segundo o meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta Proposta refletem a realidade, não contendo omissões ou incorreções. Declaro conhecer e concordar com as regras de recuperação de agenciamento / corretagem, determinadas pela Seguradora.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCAL/DATA ASSINATURA DO CORRETOR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TABELA DE CARREGAMENTO SOBRE PRÊMIOS (g) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | **VALOR DO PRÊMIO MENSAL (R$)** | | | | | | | | | | | | | **CARREGAMENTO** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **De 0,00 até 300,00** | | | | | | | | | | | | | **3,0%** | | | | | | | | | | | |
| **De 300,01 até 600,00** | | | | | | | | | | | | | **2,0%** | | | | | | | | | | | |
| **De 600,01 até 1.000,00** | | | | | | | | | | | | | **1,0%** | | | | | | | | | | | |
| **Acima de 1.000,00** | | | | | | | | | | | | | **0,0%** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOTAS IMPORTANTES** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (a) O segurado poderá, a qualquer momento, mediante solicitação à Seguradora, alterar a opção da forma de recebimento do extrato.  (b) Até o 30º dia anterior à data prevista para a concessão do Capital Segurado, e a seu único e exclusivo critério, o segurado poderá solicitar à Seguradora, por escrito ou por qualquer outra forma que possa ser comprovada, a alteração da forma de pagamento do capital segurado contratada, por dos tipos de renda mensal descritos no Regulamento do Plano.  (c) O valor do Capital Segurado será o saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder no momento da concessão. Para o cálculo da renda mensal por prazo certo será utilizado juros de **0% (zero por cento) ao ano**.  (d) Os valores de prêmios periódicos ao Plano de Aposentadoria e os valores dos Benefícios de Proteção Familiar serão atualizados anualmente pelo **IPCA-IBGE**, conforme regulamento do plano. Os prêmios para as coberturas de Proteção Familiar serão reajustados considerando o novo valor de benefício e reenquadrados, anualmente, na data de aniversário do segurado e do beneficiário, quando for o caso.  (e) As coberturas de Proteção Familiar somente poderão ser contratadas se o proponente tiver no mínimo 16 (dezesseis) anos de idade completos e no máximo 65 (sessenta e cinco) anos de idade. Não é permitida a contratação cumulativamente das indenizações de renda vitalícia por invalidez e renda vitalícia por invalidez com prazo mínimo garantido de 10 anos.  Os prêmios efetuados às coberturas de Pecúlio por Morte e Pensão aos Menores de 21 anos somente serão objeto de diferimento tributário nas hipóteses de dependência econômica, na forma da legislação vigente.  O prazo de carência das coberturas de Proteção Familiar, no caso de eventos não acidentais é de 12 meses. As coberturas de Proteção Familiar somente poderá ser contratada, se os prêmios do VGBL forem de periodicidade mensal.  (f) Ao atingir a idade de 70 (setenta) anos, o segurado será excluído do plano de invalidez, encerrando o período de cobertura.  (g) O carregamento será aplicado sobre o valor dos prêmios e aportes pagos ao Plano de Aposentadoria. Não é permitida a cobrança de carregamento sobre recursos portados para planos oriundos de outras entidades. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DADOS DOS FUNDOS DE INVESTIMENTO (FIC / FIE) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gestor da Carteira de Ativos | | | | Instituição Financeira  Administradora | | | | | | | | | Denominação dos Fundos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Taxa de Gestão Financeira | | | Composição de Renda Variável | | | | | | CNPJ do Fundo | |
| MAPFRE INVESTIMENTOS LTDA | | | | BNY MELLON SERVIÇOS FINANCEIROS DISTRIBUIDORA DE TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS S/A | | | | | | | | | MAPFRE INVEST RENDA FIXA PREV FICFI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,4%a.a. | | | -- | | | | | | 12.610.613/0001-20 | |
| MAPFRE INVEST MULTIMERCADO PREV FICFI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,7%a.a. | | | Até 49% | | | | | | 12.610.623/0001-65 | |
| MAPFRE CORPORATE MULTIMERCADO PLUS PREV FICFI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,9%a.a. | | | Até 49% | | | | | | 08.893.169/0001-20 | |
| MAPFRE CORPORATE GOVERNANCE COMPOSTO FICFIM | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2,6%a.a. | | | Até 49% | | | | | | 07. 727.582/0001-51 | |
| BNP PARIBAS ASSET MANAGEMENT BRASIL LTDA. | | | | BANCO BNP PARIBAS BRASIL S/A | | | | | | | | | BNP PARIBAS FICFI MAPFRE MAXI - RENDA FIXA – PREVIDENCIÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1,5%a.a. | | | -- | | | | | | 02.918.931/0001-07 | |
| BNP PARIBAS FICFI MAPFRE MAXI 20 – MULTIMERCADO – PREVIDENCIÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 2,0%a.a. | | | Até 20% | | | | | | 02.918.923/0001-52 | |
| Periódico utilizado para divulgação de informações relativas aos Fundos de Investimento: VALOR ECONÔMICO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – Caixa Postal 77215 - CEP 04578-000 - São Paulo – SP - CNPJ 04.046.576/0001-40 - Inscr. Est. Isenta** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREV-F-105 04/2018 | | | | | | | | | | | | | | 1A VIA – MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. 2A VIA – CLIENTE 3A VIA – CORRETOR Pág.: 2 de 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | BARCELONA I **PROPOSTA DE ADESÃO** VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre Individual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| N° Proposta | | | | | |
| QUADRO 1 – DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| - A FALTA DE PREENCHIMENTO DAS DECLARAÇÕES ABAIXO, PELO PROPONENTE, IMPEDE A ACEITAÇÃO PARA A PROTEÇÃO FAMILIAR.  - É DE VITAL IMPORTÂNCIA QUE AS QUESTÕES SEJAM RESPONDIDAS POR EXTENSO “SIM” OU “NÃO”.  - QUALQUER RESPOSTA POSITIVA PARA AS QUESTÕES ABAIXO DEVERÁ TER A COMPLEMENTAÇÃO NO QUADRO 2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| QUESTÕES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **RESPOSTA** | |
| 1- Encontra-se atualmente **AFASTADO** de plena atividade de trabalho? Esclareça. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 2- Realizou alguma biópsia ou exame para diagnóstico de alguma doença infecto-contagiosa ou qualquer outra que possa vir a afetar o atual estado de saúde? Especifique o(s) tipo(s) de exame, data(s) da realização e o(s) resultado(s). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 3- Já foi submetido (ou será nos próximos 12 meses) a tratamento médico em regime hospitalar ou intervenção cirúrgica? Especifique motivo(s), data(s), cirurgia(s) realizada(s), tipo(s) de exame(s) e resultado(s). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 4- É ou já foi portador de: diabetes, tumores de qualquer natureza (benignos ou malignos), pressão alta, derrame, doenças do coração, doenças relacionadas ao sangue, pulmões, rins, bexiga, próstata, órgãos reprodutores, fígado, vesícula biliar, estômago, intestino, cérebro, sistema nervoso, tireóide, pele, músculos, ossos, articulações ou coluna vertebral? Especifique a(s) moléstia(s) e data(s). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5- Tem alguma deficiência de órgão ou sentido, redução de visão, audição ou defeito físico em membros ou órgãos? Cite-os, anexando atestado médico. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 6- É condutor habitual habilitado de motocicletas ou ciclomotores, tripulante profissional ou amador de aeronaves, pratica vôo livre, pára-quedismo ou qualquer esporte de risco? Especifique a(s) atividade(s) e freqüência. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **QUADRO 2 – COMPLEMENTO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES (IDENTIFICAR O NÚMERO DA QUESTÃO)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº DA QUESTÃO | | | | | | COMPLEMENTO DA RESPOSTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eu, Proponente, reconheço como minhas as declarações acima sobre meu estado de saúde, e estou ciente que a omissão sobre meu estado de saúde e a inexatidão nas respostas implicará na perda de todos os direitos outorgados por este contrato. Concordo que as declarações que prestei passarão a integrar este plano previdenciário celebrado com a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e defesa de seus direitos. Autorizo a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., através de seu médico, a obter de qualquer dos médicos que me trataram, toda e qualquer informação sobre meu estado de saúde anterior e atual, dispensando-os de qualquer impedimento ligado ao sigilo profissional. Estou ciente que o preenchimento da Declaração Pessoal de Saúde é efetuado apenas na 1ª via da Proposta de Adesão e ficará em poder da MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., estando ao meu dispor caso seja necessário.  Declaro estar ciente de que:  - o pagamento do primeiro prêmio ao Plano deverá ser efetuado via ficha de compensação à MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., em, no máximo, 5 dias da assinatura desta proposta e que o não pagamento neste prazo acarretará a não contratação e a conseqüente perda do direito de qualquer Capital Segurado do Plano.  - o pagamento do prêmio não caracteriza a aceitação da Proposta, visto que o prazo para a aceitação ou recusa é de 15 dias, contados de sua entrada na MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., registrada através de relógio datador ou carimbo, e que os pagamentos seguintes serão efetuados conforme opção indicada nesta Proposta, obedecendo aos valores mínimos em vigor. Caso a Proposta não seja aceita, todos os valores pagos serão devolvidos ao Proponente, conforme estabelecido no Regulamento do Plano.  - a recusa da cobertura de Proteção Familiar pela MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., não implica no cancelamento do VGBL, desta forma havendo a recusa das coberturas de Proteção Familiar, estes serão automaticamente cancelados e consequentemente não haverá cobertura, os valores a eles referentes, serão devolvidos ao proponente conforme estabelecido no Regulamento do Plano. Já o VGBL permanecerá em vigência de acordo com as cláusulas do Regulamento.  - as parcelas pagas ao Plano Previdenciário somente serão consideradas quitadas após confirmação do recebimento pelo banco. No caso de pagamento, via débito em conta corrente, autorizo o banco por mim indicado nesta Proposta, a efetuar em favor da MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A., o débito dos valores provenientes desta contratação. As parcelas vencidas e não debitadas, por insuficiência de fundos, referentes ao VGBL, serão acumuladas e cobradas em até 3 meses.  - o prazo de carência para o primeiro resgate do VGBL é de 180 dias e para portabilidade é de 60 dias. O intervalo mínimo permitido entre pedidos de resgate ou portabilidade é de 60 dias, contados a partir da data do registro do último pedido. Para portabilidades entre planos da mesma Seguradora o prazo mínimo é de 30 dias.  - quaisquer resgates/ portabilidades efetuados estarão sujeitos à incidência de impostos/ encargos, conforme determinado pela legislação vigente à época.  - anualmente, no último dia do mês de aniversário do pagamento do Capital Segurado sob a forma de renda, será revertido ao segurado 100% (cem por cento) do excedente financeiro, pago conforme regulamento do plano escolhido.  - o valor do capital segurado sob forma de renda será atualizado anualmente pelo IPCA/IBGE, de acordo com o regulamento do plano escolhido.  - **a opção pelo regime de tributação previsto no art. 1º ou no art. 2º da Lei 11.053 de 29 de dezembro de 2004 (Tabela Regressiva) é irretratável.**  - os recursos serão aplicados em FIE (Fundo de Investimento Especialmente constituído) ou FIC (Fundo de Investimento em Cotas de FIE). Tomei conhecimento da política de aplicação do FIE / FIC e sei que não há garantia de remuneração mínima, podendo ocorrer perdas na Provisão Matemática de Benefícios a Conceder.  **( ) Autorizo a MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. a transmitir ao corretor identificado nesta proposta, todas as informações cadastrais e financeiras relativas ao plano ora contratado.**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCAL E DATA ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL ASSINATURA DO PROPONENTE  Declaro para todos os fins e efeitos ter prestado informações completas e verdadeiras e que a minha assinatura nesta proposta implica na adesão automática aos termos do Regulamento atualizado do plano disponibilizado previamente, e tomei ciência de seu teor, inclusive quando ao(s) carregamento(s), não tendo dúvidas sobre suas condições. A inexatidão das informações aqui prestadas, por erro ou dolo, implicará a perda da Cobertura da Proteção Familiar contratados, sem direito à devolução ou compensação de importâncias pagas à MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. para estas indenizações.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  LOCAL E DATA ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL ASSINATURA DO PROPONENTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A.– Caixa Postal 77215– CEP 04578-000 – São Paulo – SP - CNPJ 04.046.576/0001-40 – Inscrição Estadual Isenta - Central de Relacionamento/SAC 0800 775 7647 (24h) – Ouvidoria - 0800 775 3240 - De Segunda a Sexta, das 8h às 18h, exceto feriados - Deficiente Auditivo e de Fala 0800 775 5045 - [www.mapfre.com.br](http://www.mapfre.com.br) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | DATA DE RECEPÇÃO DO DOCUMENTO (RELÓGIO DATADOR) | | | |
| 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. – Caixa Postal 77215 - CEP 04578-000 - São Paulo – SP - CNPJ 04.046.576/0001-40 - Inscr. Est. Isenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PREV-F-105 04/2018 | | | | | | | | | | | | | | 1A VIA – MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. 2A VIA – CLIENTE 3A VIA – CORRETOR Pág.: 3 de 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |