

PROPOSTA DE ADESÃO

AXG - Proposta Centrus - Dezembro/2023



CNPJ do Plano 48.307.183/0001-19	Nº do Patrocinador	Nome do Patrocinador	Nº da Proposta
-------------------------------------	--------------------	----------------------	----------------

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo								Data de Nascimento					
Idade	Sexo	Estado Civil	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Nº de Filhos	CPF	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	
Nacionalidade		Natureza do Documento			Nº do Documento		Órgão Expedidor			Data de Expedição			
Ocupação Principal		Código	<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Inativo	Empresa em que Trabalha								
Categoria	<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Servidor Público	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	Renda Mensal Bruta		É Pessoa Politicamente Exposta ¹ ? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:					
Residente no Brasil?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Você tem obrigações fiscais com outros países? ²	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> 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													
Nome Completo do Representante Legal (obrigatório se proponente menor de idade)											CPF do Representante Legal		
Filiação											Endereço para Correspondência <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial		

¹ Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na IN MPS nº 34/2020 e Circular SUSEP nº 612/2020.

BENEFÍCIOS DE RISCO

Benefício	Nº Processo SUSEP	Valor do Pecúlio	Valor da Contribuição
Pecúlio por Morte (1598)	15414.005367/2012-77	R\$	R\$
Pecúlio por Invalidez (1599)	15414.005364/2012-33	R\$	R\$
Pecúlios garantidos pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência CNPJ: 33.608.308/0001-73	Carregamento: 25%	Total da Contribuição R\$	

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

Espaço para relógio protocolo

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e a MAG Seguros será 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 MAG Seguros 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. Este plano é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice. O registros destes planos na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

PARA USO DA MAG SEGUROS

Nome do Proponente			CPF	Código do Órgão	A partir de
Convênio Adesão	Ação de Marketing	Alternativa 1	Sucursal F54	Diretor Regional	Gerente de Sucursal 3002860
Gerente Comercial 18040971	Agente	Corretor 1 7160266	Corretor 2	Agente Fidelização	

PARA USO DO CORRETOR

Nome do Corretor	Código SUSEP	Assinatura

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE (DPS)

PERGUNTAS

RESPOSTA

Em caso afirmativo, especificar.

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

Declaro que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de pecúlio, contratados pela Centrus na Mongeral Aegon, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a Centrus, o que não poderá ser alterado. Entendo que a responsabilidade pelo pagamento das rendas mensais de aposentadoria programada, aposentadoria por invalidez e pensão, bem como o pagamento do pecúlio por morte, será da Centrus. Dessa maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica 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 inveracidades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Mongeral Aegon 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 ofensa ou sigilo profissional. **Comprometo-me a informar à Centrus 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 Participante

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos dos planos de Pecúlio, contratados pela Centrus junto à Mongeral Aegon, e por mim custeados, que determinam como único beneficiário a Centrus, 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 Centrus. Dessa maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica 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 inveracidades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Mongeral Aegon 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 ofensa ou sigilo profissional.

Comprometo-me a informar à Centrus 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 Participante

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO EM CONTA CORRENTE

Autorizo o desconto dos meus vencimentos mensais da quantia indicada em favor da Centrus, declarando saber que este valor será atualizado na forma e data prevista nos regulamentos dos planos contratados.

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras, não havendo responsabilidade da seguradora ou da instituição financeira informadas nesta proposta pela não efetivação dos débitos em função de informações incorretas.

Local e Data

Assinatura do Participante