



Ideal para o seu futuro.

Pedido de Inscrição

Preenchimento do CASANPREV:

Número inscrição: _____

Data inscrição: ____/____/____

Por favor, preencha com letra de forma.

IDENTIFICAÇÃO

Patrocinador: _____

Nome Completo: _____

Matrícula: _____ Agência: _____

Ocupação Profissional: _____

Data de Admissão: ____/____/____ É Pessoa Politicamente Exposta¹ () Sim () Não

Renda Mensal Declarada: R\$ _____

INFORMAÇÕES PESSOAIS

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil² _____ sexo: () F () M

Nº Doc. de Identificação: _____ Natureza do Doc. de Identificação³: _____

Órgão Expedidor: _____ Data da Expedição: ____/____/____

CPF: _____ País de Nascimento: _____

UF de Nascimento: _____ Cidade de Nascimento: _____

Nome Pai: _____

Nome Mãe: _____

Nome Cônjuge: _____

e-mail: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro: _____

Nº _____ Complemento: _____

Bairro: _____ CEP: _____

UF: _____ Cidade: _____

Tel. Residencial: () _____ Tel Celular:() _____ Tel Comercial:() _____

BENEFICIÁRIOS⁴

Nome 1: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco⁵: Estado Civil²: Sexo: F M IR⁶:

Nome 2: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco⁵: Estado Civil²: Sexo: F M IR⁶:

Nome 3: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco⁵: Estado Civil²: Sexo: F M IR⁶:

Nome 4: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco⁵: Estado Civil²: Sexo: F M IR⁶:

Nome 5: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco⁵: Estado Civil²: Sexo: F M IR⁶:

Nome 6: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Parentesco⁵: Estado Civil²: Sexo: F M IR⁶:

EMPREGOS ANTERIORES À ADMISSÃO NA CASAN

Declaro que as informações referentes a “EMPREGOS ANTERIORES À ADMISSÃO NA CASAN” prestadas no formulário anexo, na data de ___/___/___ são expressão da verdade e, sobre as quais, assumo todas as responsabilidades, e que não possuo mais tempo algum de serviço anterior à CASAN.

Assinatura: _____

REGIME DE TRIBUTAÇÃO

Formalizo, por este Termo, a opção pelo regime de tributação assinalada abaixo, previsto no art. 1º ou no art. 2º da Lei nº 11.053, de 29 de dezembro de 2004, ciente de que esta opção é irrevogável.

Regime Progressivo, com tributação antecipada e ajuste anual.

Regime Regressivo, com tributação definitiva e sem ajuste anual.

Rubrica: _____

Rubrica: _____

De modo a proporcionar o cumprimento das obrigações da CASANPREV referentes à Instrução SPC nº 26 de 01 de setembro de 2008 ou norma que a suceder, autorizo a CASANPREV a acessar, utilizar e compartilhar meus dados cadastrais junto à Casan e à Secretaria de Previdência Complementar.

PARCELA ADICIONAL DE RISCO

Garantias ¹	Valor do Capital Segurado ²	Valor da contribuição de risco ³
Renda Mensal por Morte	(R\$)	(R\$)
Renda Mensal por Invalidez³	(R\$)	(R\$)
SEGURO ADMINISTRADO PELA ICATU SEGUROS S/A Nº PROCESSO SUSEP: 15414.003237/2011-19 BENEFICIÁRIO DO SEGURO: CASANPREV ⁴	Total da Parcela Adicional do Risco(2)	(R\$)

Estas parcelas não são previdência e não acumulam para aposentadoria.

¹ O registro deste plano da SUSEP não implica por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. A contratação do seguro é facultativa, bastando para tanto a informação dos valores de prêmios e capitais nos campos devidos. No entanto, após a adesão, dada a natureza da cobertura do seguro, os prêmios pagos, não serão devolvidos, em qualquer hipótese.

² Anualmente, na data de aniversário da Apólice, o Capital Segurado e o Prêmio serão atualizados monetariamente pelo IPCA (Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo) divulgado pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) acumulado nos 12 (doze) meses que antecedam o mês anterior ao aniversário. Além da atualização monetária, na mesma data, haverá reenquadramento do prêmio por faixa etária de acordo com a tabela de comercialização constante no contrato em poder do Estipulante. Após a última faixa etária prevista na tabela, o reajuste será pelo fator de 1,0800 ao ano para a cobertura de morte e 1,1380 ao ano para a cobertura de invalidez.

³ O pagamento da indenização está condicionado à comprovação do quadro de invalidez total e permanente.

⁴ O benefício das garantias de Morte e Invalidez Total e Permanente será a CASANPREV. O valor da indenização pago à CASANPREV será depositado na conta benefício do participante para pagamento pela CASANPREV, sob forma de renda, conforme indicado no Regulamento do Plano.

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

DADOS PARA PAGAMENTO

Desconto em Folha

Nome do Participante: _____ Matrícula: _____

AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

Autorizo o Estipulante a efetuar o desconto mensal no meu salário relativo à minha parte no pagamento do(s) prêmio(s) do seguro, constante(s) nesta proposta de adesão de acordo com o contrato.

Local e Data

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

DECLARAÇÃO

Declaro ter recebido o exemplar do Regulamento do CASANPREV e do Estatuto da CASANPREV, bem como o Guia do Participante. Declaro também que tive prévio e exposto conhecimento e estou de acordo com os termos das Condições Gerais do Seguro, disponibilizados no site <http://www.icatuseguros.com.br>, contratado pela CASANPREV na Icatu Seguros, e por mim custeado, que determina como único beneficiário a CASANPREV, 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 CASANPREV. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos e condições gerais, sabendo, desde já, que a aceitação do seguro está sujeita à análise do risco. Estou ciente que o não pagamento da Parcela Adicional do Seguro (prêmio) na data de seu vencimento, constitui em mora o Segurado, independentemente de interpelação e/ou notificação judicial ou extrajudicial. Caso o pagamento dos prêmios não seja efetuado por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago, o Segurado será excluído da apólice. Se durante o período de tolerância (90 dias a contar da data do vencimento do primeiro prêmio não pago), ocorrer um sinistro sem o respectivo pagamento do prêmio, este será descontado da indenização a ser paga a CASANPREV. O seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a Seguradora não tenha mais interesse em renovar a apólice, esta comunicará sua decisão a CASANPREV, mediante aviso prévio, de no mínimo, 60 (sessenta) dias que antecedam o final de vigência da apólice. Para os fins previstos nos arts. 774 e 801 do Código Civil, e com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP nº 107/2004, concedo a CASANPREV, Estipulante da apólice em questão, o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas e Condições Gerais e Particulares da referida apólice, devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele, que, para tal fim fica investido dos poderes de representação. No entanto fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão direito a cancelar o seguro durante a vigência da apólice, nem a realizar qualquer alteração na apólice que implique em ônus, dever ou redução dos meus direitos, salvo se obtiver a anuência expressa de $\frac{3}{4}$ (três quartos) do grupo segurado.

Declaro, ainda, que as informações por mim fornecidas nesta proposta são certas, completas e verdadeiras e estou ciente de que quaisquer omissões intencionais 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 Icatu 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 CASANPREV 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 26/2008 e Circular SUSEP nº 445/2012.

Aprovada a inscrição e adesão ao Plano CASANPREV, autorizo que as contribuições devidas ao Plano sejam descontadas da remuneração recebida da Patrocinadora, conforme Regulamento vigente e alterações posteriores.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE - DPS

[Exclusivo para quem contratar a Parcela Adicional de Risco] [responder com “sim” ou “não”, por extenso, e próprio punho, justificando quando necessário]

	Titular	Justificativa
1-Encontra-se com algum problema de saúde? Se sim, qual(is)?		
2-Sofre ou já sofreu de hipertensão arterial, diabetes mellitus, doenças relacionadas ao estômago ou intestino, do sangue, relacionadas ao cérebro, do fígado, renais, câncer (ou algum tipo de leucemia, cisto, pólipos ou tumor maligno ou benigno), doenças infectocontagiosas ou sexualmente transmissíveis (incluindo HIV ou Hepatites) ou algum outro tipo de doença? Se sim, qual (is)?		
3-Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia, punção ou submetido a internação hospitalar nos últimos cinco anos? Se sim, qual(is) e o motivo:		
4-Já foi submetido(a) a tratamento de doenças pulmonares ou cardiológicas, tratamento quimioterápico, radioterápico ou diálise? Se sim, especifique qual e quando:		

5-Faz uso diário ou habitual de medicamentos? Se sim, informe os medicamentos, suas doses e frequência do uso:		
6-Sofre de deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, qual(is)?		
7-Fuma ou fumou nos últimos três anos? Se sim, informar a frequência do consumo (diário, semanal,...) e quantidade.		
8-Consome bebidas alcoólicas mais do que 3 (três) vezes por semana? Se sim, informar o tipo de bebida, a quantidade e a frequência do consumo.		
9-Pratica algum tipo de modalidade esportiva, em caráter profissional ou amador (ex.: balonismo, voo livre, paraquedismo) ou atividade a bordo de aeronaves de linha aérea não comerciais? Se sim, especifique:		
10-Algum membro da família (pais ou irmãos) sofreu, sofreu ou faleceu antes dos 65 anos de idade em decorrência de: diabetes, câncer, doença do coração ou derrame.		
11-Possui atualmente ou está em fase de contratação de outro seguro de vida ou de acidentes pessoais? Se sim, qual seguradora e capital segurado? Alguma companhia já recusou, agravou ou cancelou algum seguro de vida ou de acidentes pessoais em seu nome?		

Assinatura do Proponente ou Representante Legal

DESPACHO DA ENTIDADE

Deferimento da Inscrição

Local e Data: _____

Indeferimento da Inscrição

Local e Data: _____

Responsável Entidade (assinatura e carimbo)

Responsável Entidade (assinatura e carimbo)

ATENÇÃO: Para concluir sua inscrição, favor anexar cópia simples dos documentos:

1. Carteira de Identidade;
2. CPF
3. Carteira de Trabalho¹

LEGENDA

¹ **Pessoa Politicamente Exposta:** Segundo Instrução Normativa MPS/SPC n°. 26 de 01 de setembro de 2008:

Art. 2º, Inciso III - pessoa politicamente exposta: o agente público que desempenha ou tenha desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em país, território ou dependência estrangeira, cargo, emprego ou função pública relevante, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. **§1º** Para fins do disposto no inciso III, são considerados familiares os parentes na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada, **§2º** O prazo de cinco anos referido no inciso III deve ser contado, retroativamente, a partir da publicação da presente Instrução, para os que já forem clientes da EFPC, ou a partir da data de início da relação jurídica estabelecida com a EFPC, para os novos clientes.

Art. 3º Para efeito do disposto no inciso III do art. 2º, consideram-se pessoas politicamente expostas brasileiras: I – os detentores de mandatos eletivos dos Poderes Executivos e legislativos da União; II os ocupantes de cargo no Poder Executivo da União; a) de ministro de estado ou equiparado) de natureza especial ou equivalente; c) de presidente, vice-presidente e diretor, ou equivalentes, de autarquias, fundações públicas ou sociedades de economia mista; e d) do Grupo Direção e assessoramento Superiores – DAS, nível 6, e equivalentes; III – os membros do Conselho Nacional de Justiça, do Supremo Tribunal federal e dos Tribunais Superiores; IV – os membros do Conselho Nacional do Ministério Público, o Procurador- Geral da república, o Vice Procurador –Gerais da República, o Procurador- Geral do Trabalho do Trabalho, o Procurador-Geral da Justiça Militar, os Subprocuradores-Gerais da república e os procuradores gerais de justiça dos estado e do Distrito Federal; V – os membros do tribunal de cotas da União e o Procurador- Geral do ministério Público junto ao tribunal de Contas da União; VI – os governadores de Estado e do Distrito Federal, os presidentes de tribunal de Justiça, de Assembleia legislativa ou da Câmara Distrital, e os presidentes de Tribunal ou Conselho de Contas de Estado, de municípios e do Distrito federal; VIII – os prefeitos e os presidentes de Câmara Municipal das capitais de Estado.

² **Estado Civil:** Preencha com os números: **2-** Solteiro; **3-** Casado; **4-** Viuvo; **5-** Separado judicialmente; **6-** Divorciado.

³ **Natureza Documento de Identificação:** Informar se o tipo de documento é: Identidade/RG, Habilitação ou Conselho regional da respectiva profissional.

⁴ **Beneficiários:** Segundo o regulamento da CASANPREV, em seu Art.7º, consideram-se Beneficiários, para fins de percepção de Pensão prevista neste Plano pelo participante e que reconhecidos pela Previdência Oficial.

⁵ **(Grau de) Parentesco:** **2-** Conjuge; **3-** Companheiro(a); **4-** Filho(a) não emancipado menos de 21 anos; **5-** Filho(a) inválido(a); **6-** Pai (Mãe) com dependência econômica; **7-** Irmão não emancipado menos de 21 c/ dependência econômica; **8-** Irmão inválido com dependência econômica; **9-** Enteado não emancipado menos de 21 anos com dependência econômica; **10-** Enteado inválido com dependência econômica; **11-** Menos tutelado não emancipado menos de 21 anos com dependência econômica; **12-** Menos tutelado inválido com dependência econômica; **13-** Ex-cônjuge (com percepção de alimentos)

⁶ **IR:** Informar se é dependente para imposto de renda.