

Proposta de Contratação PGBL VGBL

Nº da proposta: _____

Favor preencher com letra de forma

Dados do Proponente

Nome completo			Sexo		
			<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino		
Data de nascimento	Estado civil	CPF			
				<input type="checkbox"/> titular <input type="checkbox"/> dependente	
Nº doc. identificação	Natureza doc. Identificação ¹	Órgão expedidor ²		Data expedição	
Nacionalidade (País de nascimento)		Possui outra(s) cidadania(s)/nacionalidade(s)?			
<input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> EUA ³ <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual(is)? <input type="checkbox"/> EUA ³ <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Endereço residencial no Brasil (Av. / Rua)			Número	Complemento	CEP
Bairro	Cidade	UF	País		
			Brasil		
Endereço para correspondência no Brasil (Av. / Rua)			Número	Complemento	CEP
Bairro	Cidade	UF	País	Envio de informações do plano	
			Brasil	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Correio	
DDD	Telefone residencial	DDD	Telefone celular	E-mail	
País de residência fiscal ⁴		Profissão / Atividade		Pessoa politicamente exposta? ⁵	
<input type="checkbox"/> Brasil <input type="checkbox"/> EUA ³ <input type="checkbox"/> Outro: _____				<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	
Origem dos recursos ⁶		Possui renda mensal?		Renda mensal/Patrimônio estimado ⁷	
		<input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não		R\$	
Possui Endereço/Caixa Postal (resid. e/ou comercial) e/ou Telefone em outro(s) país(es)? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> EUA ³ <input type="checkbox"/> Outro: _____					
Esteve nos EUA (ou em seus territórios) por, pelo menos, 183 dias nos últimos 3 anos (incluindo o ano corrente)? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>					

Dados para pagamento

Formas de pagamento da Primeira e Demais contribuições:

Primeira: Boleto / Demais: Débito Primeira: Boleto / Demais: Boleto Primeira: Débito / Demais: Débito

Dia de vencimento⁹ (demais contribuições): 01 05 10 15 20 25

Aporte: R\$ _____ Contribuição Mensal: R\$ _____ Portabilidade: Total Parcial de R\$ _____

Nº do banco _____ Nome do banco _____ Nº agência _____ Nº da conta corrente _____

Autorizo a instituição financeira designada nesta proposta a debitar em minha conta corrente, informada acima, na data⁹ e periodicidade por mim indicadas, o valor correspondente ao montante total das contribuições/prêmios identificadas nesta proposta.

Nome Titular da conta corrente / Responsável Financeiro CPF _____ Assinatura _____

Dados do beneficiário da proposta¹⁰ (o somatório dos percentuais deverá ser 100%)

Nome completo	Data de nascimento	Afinidade	Participação
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%
	/ /		%

Coberturas de Proteção Familiar

Benefício	SUSEP	Cobertura	Contribuição
<input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte Plus	15414.900119/2016-65	R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Renda por Invalidez ¹¹	15414.005548/2012-01	R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Pensão por Prazo Certo de <input type="checkbox"/> 1 ano ¹²	15414.900121/2016-34	R\$	R\$
<input type="checkbox"/> Pensão por Prazo Certo de <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 ou <input type="checkbox"/> 20 anos ¹²	15414.900122/2016-89	R\$	R\$

Dados sobre as Coberturas de Proteção Familiar

• Carregamento de 30% já embutido no preço das contribuições • Não há carência • Aceitação da proposta condicionada a apresentação da DPS devidamente preenchida • Atualização das contribuições anualmente pelo IPCA • Atualização do valor do benefício em forma de renda anualmente pelo IPCA • Além da atualização monetária, o valor das contribuições será ajustado anualmente, na data de aniversário do certificado, em função da mudança de idade do participante. • Idade para contratação: 18 (dezoito) a 64 (sessenta e quatro) anos.

Plano de AposentadoriaIdade aposentadoria: _____ anos Opta pela tabela decrescente¹³? sim não

Selecione o fundo desejado (somente uma opção) ou preencha a última linha da tabela se o fundo desejado não estiver listado:

Nome do Fundo	Taxa Adm. (a.a.)	CNPJ do Fundo	SUSEP PGBL	SUSEP VGBL
<input type="checkbox"/> Moderado C	2,00%	02.764.937/0001-69	15414.004212/2011-32	15414.004291/2011-81
<input type="checkbox"/> Composto 20C	2,00%	02.764.357/0001-71	15414.004221/2011-23	15414.004288/2011-68
<input type="checkbox"/> Composto 49C	2,00%	02.764.418/0001-09	15414.004220/2011-89	15414.004287/2011-13
<input type="checkbox"/> Moderado E	1,50%	03.537.494/0001-36	15414.000597/2008-63	15414.000550/2008-08
<input type="checkbox"/> Composto 20E	1,75%	03.537.485/0001-45	15414.000594/2008-20	15414.000549/2008-75
<input type="checkbox"/> Composto 49E	1,75%	04.782.224/0001-53	15414.000436/2008-70	15414.000413/2008-65
<input type="checkbox"/> IPCA	1,50%	04.228.716/0001-00	15414.001827/2009-92	15414.002000/2009-04
<input type="checkbox"/> Minha Aposentadoria 2020	1,75%	07.190.624/0001-68	15414.000434/2008-81	15414.000411/2008-76
<input type="checkbox"/> Minha Aposentadoria 2030	1,75%	07.190.746/0001-54	15414.000432/2008-91	15414.000412/2008-11
<input type="checkbox"/> Minha Aposentadoria 2040	1,75%	07.190.735/0001-74	15414.000433/2008-36	15414.000410/2008-21
<input type="checkbox"/> Classic Conservador	1,00%	05.024.581/0001-15	15414.000435/2008-25	15414.000409/2008-05
<input type="checkbox"/> Classic Renda Fixa	1,00%	05.200.914/0001-10	15414.000437/2008-14	15414.000408/2008-52
<input type="checkbox"/> Classic Retorno Real	1,00%	12.823.627/0001-21	15414.000411/2011-71	15414.000456/2011-46
<input type="checkbox"/> Classic Dividendos 49	1,50%	03.537.456/0001-83	15414.900002/2013-39	15414.900001/2013-94
<input type="checkbox"/> Absoluto Crédito Privado	0,80%	21.494.444/0001-09	15414.900131/2015-99	15414.900133/2015-88
<input type="checkbox"/> Privilege Conservador	0,70%	16.557.835/0001-87	15414.901410/2014-99	15414.901408/2014-10
<input type="checkbox"/> Privilege Renda Fixa	0,70%	09.321.515/0001-68	15414.005028/2011-18	15414.005030/2011-89
<input type="checkbox"/> Privilege Composto 49	1,25%	09.315.635/0001-52	15414.900263/2015-11	15414.900264/2015-65
<input type="checkbox"/> JPM Dynamic II	1,00%	17.340.462/0001-50	15414.901807/2013-08	15414.901808/2013-44
<input type="checkbox"/> Ibiúna Multimercado	2,00%	18.041.877/0001-96	15414.901073/2013-59	15414.901074/2013-01
<input type="checkbox"/> Verde AM Multimercado	2,00%	23.339.936/0001-47	15414.901404/2015-12	15414.901407/2015-56
<input type="checkbox"/> Brasil Plural Multimercado	1,95%	17.685.620/0001-04	15414.900896/2013-67	15414.900897/2013-10
<input type="checkbox"/> Vinci Equilíbrio II	2,10%	23.964.741/0001-98	15414.900100/2016-19	15414.900102/2016-16
<input type="checkbox"/>				

Dados sobre o plano de aposentadoria

• Não há carregamento na entrada • Carregamento de saída cobrado sobre o valor nominal das contribuições/prêmios, com base no tempo de permanência no plano (conforme tabela abaixo), quando dos resgates ou portabilidades externas • Não será cobrado carregamento de saída para portabilidades Internas • Não será cobrado carregamento sobre recursos oriundos de portabilidade. • Não há carência para portabilidade interna • Carência inicial para resgates ou portabilidades externas: 60 dias • Carência entre resgates e entre portabilidades externas: 60 dias • Renda mensal: Temporária por 15 anos. O tipo de renda pode ser alterado a qualquer momento, inclusive na data da efetivação da compra de renda. O plano prevê 6 tipos de renda: Renda Mensal Vitalícia, Renda Mensal Vitalícia com Reversão ao Beneficiário Indicado, Renda Mensal Vitalícia com Prazo Mínimo Garantido, Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Cônjuge com Continuidade aos Menores, Renda Mensal por Prazo Certo e Renda Mensal Temporária. O valor efetivo da renda será calculado na data da solicitação da conversão do benefício, com base no saldo atualizado da reserva. • Atualização das contribuições e da renda: anualmente pelo IPCA.

Carregamento de Saída	Tempo de Permanência no Plano (período em meses)				
	Até 12	De 13 a 24	De 25 a 36	De 37 a 48	Mais de 48
Planos Moderado C, Composto 20C e Composto 49C	8,00%	6,00%	4,00%	2,00%	0,00%
Demais Planos	3,00%	2,00%	1,00%	0,00%	0,00%

1. No caso de proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação. No caso de proponente menor de idade, sem documento de identificação, a certidão de nascimento deve ser utilizada como tal. 2. País expedidor, no caso de passaporte. 3. Caso selecionada a opção "EUA" (Estados Unidos da América), favor preencher o formulário 'Declaração de Cidadão Americano/Residente Fiscal nos "EUA" (Estados Unidos da América)'. 4. País em que declara imposto sobre renda. 5. Consideram-se Pessoas Politicamente Expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. 6. Caso o valor total da proposta seja igual ou superior a R\$ 10.000,00 e o proponente se enquadre na condição de Pessoa Politicamente Exposta, a origem dos recursos deve ser identificada. 7. Caso o proponente não possua renda mensal, o patrimônio deve ser informado em espécie (Real) e diferente de zero. 8. Em caso afirmativo, favor preencher o formulário 'Declaração de Cidadão Americano/Residente Fiscal nos "EUA" (Estados Unidos da América)'. 9. O vencimento dos aportes e da primeira contribuição mensal será de até 7 dias após emissão da cobrança. 10. Na ausência de designação de beneficiários o benefício será pago de acordo com a legislação aplicável. Para indicar beneficiários adicionais, anexar a esta proposta de adesão carta devidamente assinada com os dados indicados na tabela. 11. Benefício pago diretamente ao participante. Não há indicação de beneficiários. Período de cobertura do benefício: até aos 70 (setenta) anos. 12. É permitida a contratação de somente uma opção de prazo de Pensão. 13. O prazo para opção do regime de tributação do imposto de renda pela tabela decrescente é até o último dia útil do mês subsequente ao do ingresso no plano.

Declaração Pessoal de Saúde

(responder a todas as perguntas com "sim" ou "não" por extenso, de próprio punho, explicitando quando necessário)

Perguntas	Sim/Não
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, sangue, cérebro, fígado, rins, câncer (ou algum tipo de leucemia, cisto, pólipos ou tumor maligno ou benigno), doenças infectocontagiosas ou sexualmente transmissíveis (incluindo HIV ou Hepatite) ou algum outro tipo de doença? Se sim, qual(is)?	
3. Foi submetido(a) a alguma cirurgia, biópsia, punção ou submetido(a) a internação hospitalar? Se sim, qual(is) e o(s) motivo(s)?	
4. Foi submetido(a) a tratamento de doenças pulmonares ou cardiológicas, tratamento quimioterápico, radioterápico ou diálise? Se sim, especifique qual(is) e quando.	
5. Faz uso diário ou habitual de medicamentos? Se sim, informe os medicamentos, suas doses e frequência de 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, etc.) 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 linhas aéreas não comerciais? Se sim, especifique.	
10. Algum membro da família (pais ou irmãos) sofre, 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 produto de risco de previdência, seguro de vida e/ou de acidentes pessoais? Se sim, qual a seguradora e o capital segurado? Alguma companhia já recusou, agravou ou cancelou algum benefício de risco de previdência, seguro de vida e/ou de acidentes pessoais em seu nome?	
12. Sofreu alguma alteração de peso (perda ou ganho) de mais de 10Kgs nos últimos seis meses? Se sim, informe a alteração em Kg, se houve perda ou ganho e o motivo.	
13. Fez ou faz uso de algum tipo de droga, como alucinógenos, narcóticos, cocaína, maconha, etc? Se sim, informe tipo, quantidade, frequência e última vez que utilizou.	
Peso (Kg): _____ / Altura (m): _____	
Informe detalhes das respostas positivas dos itens acima (relacionar a justificativa ao item da DPS, indicando o número da pergunta).	

Local e data

Assinatura do proponente

Assinatura do procurador/responsável legal

A Icatu Seguros S/A tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada acima pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à 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 todos os documentos ou dados solicitados. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta por parte da Icatu Seguros S/A no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, a Icatu Seguros S/A devolverá o valor dos(as) prêmio(s) / contribuição(ões) já quitados(as), atualizados(as) até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulação em vigor.

Declarações do proponente

Declaro que as informações aqui prestadas são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas nas informações prestadas nesta proposta a tornarão nula, de acordo com os termos do art. 766 do código civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas. Na hipótese de alteração de qualquer das informações constantes desta proposta, comprometo-me a comunicar a Seguradora em até 30 dias.

Declaro, que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos do(s) Regulamento(s) do(s) Plano(s) escolhido(s) e da(s) política(s) adotada(s) para aplicação dos recursos por meio de FIE's ou FIOFIE'S (Fundo de Investimento Especialmente Constituído ou Fundo de Investimento em Quotas de Fundos de Investimento Especialmente Constituído).

Declaro estar ciente que os Fundos FIE's ou FIOFIE'S que possuem aplicações em títulos de crédito privado e estão sujeitos a risco de perda substancial de seu patrimônio líquido em caso de eventos que acarretem o não pagamento de fluxos financeiros dos ativos integrantes de sua carteira, inclusive por força de intervenção, liquidação, regime de administração temporária, falência, recuperação judicial ou extrajudicial dos emissores responsáveis pelos ativos do Fundo. Para informações sobre as POLITICAS DE INVESTIMENTO E A COMPOSIÇÃO DA CARTEIRA do fundo escolhido, consulte o regulamento do fundo disponível em (<http://sistemas.cvm.gov.br/?fundosreg>).

Atesto estar ciente e de acordo que somente será possível a contratação de 1 (uma) única modalidade de pensão por prazo certo, sob pena de recusa da presente Proposta por parte da seguradora caso haja a opção por mais de uma pensão por prazo certo. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão ao(s) Regulamento(s).

Declaro, ainda, para todas as finalidades legais e sob pena de falso testemunho, que sou beneficiário final efetivo de todos os valores e investimentos movimentados ou detidos por intermédio deste contrato.

Por fim, autorizo a Icatu Seguros a fornecer este formulário (ou contrato), seus anexos, as informações deles constantes, bem como os dados financeiros relativos ao plano contratado e aos investimentos, às autoridades monetárias e fiscais brasileiras ou estrangeiras conforme exigido nos termos da legislação aplicável no Brasil, das convenções internacionais firmadas pelo Brasil, ou ainda nos termos da legislação aplicável na(s) jurisdição (jurisdições) na(s) qual(is) tenha nascido, ou da(s) qual(is) sou cidadão, nacional ou residente.

Local e data

Assinatura do proponente

Assinatura do procurador/responsável legal*

*Participantes menores de idade, entre 0 e 16 anos, deverão ser representados pelos pais, tutores ou curadores. Caso o participante seja maior de 16 anos e menor de 18 anos, a assinatura poderá ser em conjunto do menor com seu representante legal. O Procurador ou Responsável Legal deve fornecer os dados indicados abaixo:

Dados do Procurador / Responsável Legal

Nome completo do Procurador / Responsável Legal	Nº doc. Identificação	Natureza doc. Identificação ¹⁴

14. No caso de estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação.

Para uso do corretor

Nome completo / denominação social do corretor principal	Código SUSEP	DG
		5639

Modelo de comissionamento desejado*:

Módulo I - Agenciamento Módulo II – Ativos

*O modelo indicado nesta proposta deve estar de acordo com o produto contratado no site.

Nome completo / denominação social do corretor secundário	Código SUSEP	DG
MAGNETO CORRETORA DE SEGUROS LTDA	20.2006723.2	5639

Icatu Seguros S.A. - Praça Vinte e Dois de Abril, nº 36 - parte, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CNPJ 42.283.770/0001-39.

Central de Relacionamento: 4002-0040 (capitais e regiões metropolitanas ou 0800 285 3000 demais localidades).

SAC: 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Ouidoria: 0800 286 0047, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h, exceto feriados (necessário protocolo de atendimento).

3 vias - 1ª Seguradora / 2ª Corretor / 3ª Proponente (JUNHO/2017).