

VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre Individual

N° Proposta

VGBL  VGBL CRESCER

DADOS DO PROPONENTE

NOME COMPLETO				CPF DO PROPONENTE	
DATA DE NASCIMENTO	RG/RNE	ORGAO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	ESTADO CIVIL	
SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	PROFISSAO/ATIVIDADE			RESIDENTE NO PAIS <input type="checkbox"/> Residente <input type="checkbox"/> Não Residente	
PAIS DE NASCIMENTO	NACIONALIDADE	PAIS DE RESIDENCIA FISCAL		PAIS COM OBRIGACOES FISCAIS POR MOTIVO DE RESIDENCIA OU CIDADANIA DIFERENTE DO BRASIL	

Renda Mensal do Proponente  
 Até R\$ 1 mil  De R\$ 1 a 3 mil  De R\$ 3 a 5 mil  De R\$ 5 a 10 mil  De R\$ 10 a 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	ORGAO EXPEDIDOR	DATA DE EXPEDIÇÃO	ESTADO CIVIL	QUALIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Curador

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE / REPRESENTANTE LEGAL

LOGRADOURO				NÚMERO	
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	ESTADO	CEP	
TELEFONE (DDI + DDD + Nº TELEFONE) ( ) ( )	DESEJA RECEBER EXTRATO (a) <input type="checkbox"/> Impresso <input type="checkbox"/> Eletrônico (web)		E-MAIL		

DADOS DO PLANO

IDADE DE SAÍDA DO PROPONENTE (b)	DATA CONCESSÃO INDENIZAÇÃO DE APOSENTADORIA	FATOR DE CÁLCULO (c)	PERÍODO COBERTURA DA PROTEÇÃO FAMILIAR
----------------------------------	---	----------------------	--

MODALIDADE DOS PLANOS VGBL

GESTOR DA CARTEIRA DE ATIVOS DO FIC/FIE	PLANOS COM FUNDOS DE RENDA FIXA	PLANOS COM FUNDOS COMPOSTOS
MAPFRE DTVM S.A	<input type="checkbox"/> MAPFRE PREVISION FICFI RENDA FIXA PREV Processo SUSEP: 15414.900495/2013-15 (V-009254 / C-009262)	<input type="checkbox"/> MAPFRE CORPORATE MULTIMERCADO PLUS PREV FICFI Processo SUSEP: 15414.900489/2013-50 (V-009256 / C-009264)
	<input type="checkbox"/> MAPFRE CORPORATE MULTIMERCADO PREV FICFI Processo SUSEP: 15414.900488/2013-13 (V-009255 / C-009263)	<input type="checkbox"/> MAPFRE CORPORATE GOVERNANCE COMPOSTO FICFIM Processo SUSEP: 15414.900490/2013-84 (V-009257 / C-009265)
CREDIT SUISSE HEDGING-GRIFFO ASSET MANAGEMENT S.A.	<input type="checkbox"/> CSHG MAPFRE JURO REAL FICFIM Processo SUSEP: 15414.900493/2013-18 (V-009258 / C-009266)	<input type="checkbox"/> CSHG MAPFRE MULTIMERCADO 40 FICFIM PREVIDENCIÁRIO Processo SUSEP: 15414.900494/2013-62 (V-009259 / C-009267)
BNP PARIBAS ASSET MANAGEMENT BRASIL LTDA	<input type="checkbox"/> BNP PARIBAS MAPFRE RENDA FIXA ATIVO FICFI PREVIDENCIÁRIO Processo SUSEP: 15414.900491/2013-29 (V-009260 / C-009268)	<input type="checkbox"/> BNP PARIBAS FICFI MAPFRE MAXI 20 – MULTIMERCADO – PREVIDENCIÁRIO Processo SUSEP: 15414.901912/2014-10 (V-009261 / C-009269)

Cód. Ben.	INDENIZAÇÃO DE APOSENTADORIA (b)	Aporte Inicial (Mínimo de R\$ 1.200,00)	Prêmio Periódico (d)
APO	RENDA MENSAL VITALÍCIA (Carregamento conforme tabela no verso)	R\$	R\$
Cód. Ben.	PROTEÇÃO FAMILIAR (e) (Carregamento: 30%)	Valor Indenização (d)	Prêmio Periódico (d)
PEC	<input type="checkbox"/> Pecúlio por Morte Processo SUSEP: 15414.002987/2010-92	R\$	R\$
RVT	<input type="checkbox"/> Renda Vitalícia por Invalidez (f) Processo SUSEP: 15414.004805/2010-18	R\$	R\$
RVI	<input type="checkbox"/> Renda Vitalícia por Invalidez com prazo mínimo garantido de 10 anos (f) Processo SUSEP: 15414.004808/2010-51	R\$	R\$
PCJ	<input type="checkbox"/> Pensão Vitalícia ao Cônjuge Processo SUSEP: 15414.004806/2010-62	R\$	R\$
PPC	<input type="checkbox"/> Pensão por Prazo Certo de _____ anos (5, 10, 15, 20 ou 25 anos) Processo SUSEP: 15414.004807/2010-15	R\$	R\$
PME	<input type="checkbox"/> Pensão aos Menores de 21 anos Processo SUSEP: 15414.004803/2010-29	R\$	R\$
<b>Prêmio Periódico Total (Mínimo de R\$ 100,00)</b>			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. 1º ou no art. 2º 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



**VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre Individual**

Nº Proposta

**\*BENEFICIÁRIOS (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 20786	TIPO DE VENDA 226	COD. SUSEP DO CORRETOR 10.0060852	CPF/CNPJ 80.753.759/0001-84
-------------------------------	----------------------	--------------------------------------	--------------------------------

NOME DO CORRETOR (A)  
**BONANÇA ADMINISTRADORA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA- EEP**

**DADOS DO ASSESSOR COMERCIAL**

COD. 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 PARA RESGATES / PORTABILIDADES**

SALDO DO VALOR NOMINAL DOS PRÊMIOS PAGOS (em Reais)	DE	0,00	5.000,00	10.000,00	20.000,00	40.000,00	A PARTIR DE 80.000,00
	ATÉ	4.999,99	9.999,99	19.999,99	39.999,99	79.999,99	
TEMPO DE PERMANÊNCIA	0 A 12 MESES	6,00 %	5,00 %	4,00 %	3,00 %	2,00 %	1,00 %
	13 A 24 MESES	5,00 %	4,00 %	3,00 %	2,00 %	1,00 %	0,00 %
	25 A 36 MESES	4,00 %	3,00 %	2,00 %	1,00 %	0,00 %	0,00 %
	37 A 48 MESES	3,00 %	2,00 %	1,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
	49 A 60 MESES	2,00 %	1,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %
	+ DE 60 MESES	1,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %

**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 ao da 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 pagamento único ou um dos tipos de renda mensal descritos no Regulamento do Plano.
- (c) O valor do capital segurado será calculado no momento da concessão, com base no saldo da Provisão Matemática de Benefícios a Conceder e o fator de cálculo vigente na data de concessão. Se o tipo de renda for alterado pelo segurado, conforme item (b), o fator de cálculo será alterado de acordo com a nova renda contratada. Para o cálculo da renda mensal será utilizada tábua biométrica de sobrevivência para o segurado do sexo masculino **BR-EMSsb (MALE)** e para o segurado do sexo feminino **BR-EMSsb (FEMALE)**, na sua versão vigente na referida data, e taxa de juros efetiva de **1,5% a.a.** (um vírgula cinco 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 reequilibrados, 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 coberturas de renda vitalícia por invalidez e renda vitalícia por invalidez com prazo mínimo garantido de 10 anos. Os prêmios efetuados aos planos 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 poderão ser contratadas, se os prêmios do VGBL forem de periodicidade mensal.
- (f) Ao atingir a idade de 70 (setenta) anos, o segurado será excluído da cobertura de invalidez, encerrando o período de cobertura.

**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 DTVM S/A	BEM DISTRIBUIDORA DE TÍTULOS E VALORES MOBILIÁRIOS LTDA	MAPFRE PREVISION FICFI RENDA FIXA PREV	0,8%a.a.	--	07.725.529/0001-11
		MAPFRE CORPORATE MULTIMERCADO PREV FICFI	1,4%a.a.	Até 49%	07.058.135/0001-57
		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
CREDIT SUISSE HEDGING-GRIFFO ASSET MANAGEMENT S.A	CREDIT SUISSE HEDGING-GRIFFO CORRETORA DE VALORES S.A.	CSHG MAPFRE JURO REAL FICFIM	1,1%a.a.	Até 49%	08.056.837/0001-64
		CSHG MAPFRE MULTIMERCADO 40 FICFIM PREVIDENCIÁRIO	1,5%a.a.	Até 49%	08.056.839/0001-53
BNP PARIBAS ASSET MANAGEMENT BRASIL LTDA	BANCO BNP PARIBAS BRASIL LTDA	BNP PARIBAS MAPFRE RENDA FIXA ATIVO FICFI PREVIDENCIÁRIO	1,0%a.a.	--	14.951.577/0001-93
		BNP PARIBAS FICFI MAPFRE MAXI 20 - MULTIMERCADO - PREVIDENCIÁRIO	2,0%a.a.	Até 20%	02.918.923/0001-52

Período utilizado para divulgação de informações relativas aos Fundos de Investimento: **VALOR ECONOMICO**

MAPFRE PREVIDÊNCIA S.A. - Caixa Postal 77215 - CEP 04578-000 - São Paulo - SP - CNPJ 04.046.576/0001-40 - Inscr. Est. Isenta

**VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre Individual**

**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 <b>AFASTADO</b> 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-queda ou qualquer esporte de risco? Especifique a(s) atividade(s) e frequência.	

**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 inexistência 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 das coberturas 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 conseqüentemente não haverá cobertura. Os valores, a eles referentes, serão devolvidos aos proponentes 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 90% (noventa 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 irretroatável.**
- 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 inexistência 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 coberturas.

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 0800 011 2800 (24h) – Ouvidoria - 0800 775 3240 - De Segunda à Sexta, das 8h às 20h, exceto feriados - Deficiente Auditivo e de Fala 4002 5045 (24h) (capitais e principais regiões metropolitanas) 0800 775 5045 (demais localidades) - [www.mapfreprevidencia.com.br](http://www.mapfreprevidencia.com.br)**

DATA DE RECEPÇÃO DO DOCUMENTO (RELOGIO 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**