

Proposta de Inscrição N°

## Opção de Modelo Tributário

RETENÇÃO NA FONTE COM AJUSTE NA DECLARAÇÃO

ALÍQUOTAS REGRESSIVAS

**CAIXA FIC  
PREVIDENCIA RF1**

Taxa de administração do FIE: 1% a.a.  
Carregamento sobre contribuições: 0%  
Proc. SUSEP: 15414.003675/2005-39  
CNPJ: 03.737.224/0001-79

**CAIXA FIC PREVIDENCIA  
PERSONAL MULTI RV 15**

Taxa administração do FIE: 1,5% a.a.  
Carregamento sobre contribuições: 0%  
Proc. SUSEP: 15414.003663/2007-76  
CNPJ: 08.046.407/0001-61

**CAIXA FIC PREVIDENCIA  
PERSONAL MULTI RV 30**

Taxa administração do FIE: 1,5% a.a.  
Carregamento sobre contribuições: 0%  
Proc. SUSEP: 15414.003662/2007-21  
CNPJ: 08.046.399/0001-53

**CAIXA FIC PREVIDENCIA  
PERSONAL MULTI RV 49**

Taxa administração do FIE: 1,5% a.a.  
Carregamento sobre contribuições: 0%  
Proc. SUSEP: 15414.003661/2007-87  
CNPJ: 08.046.433/0001-90

## 1. DADOS DO PARTICIPANTE

Nome Completo						CPF
Data de Nascimento / /	RG	Órgão Emissor	UF	Data de Expedição / /	Proponente em Condições de Dependente (1) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Estado Civil		Atividade Profissional			
Renda Individual (R\$)			Renda Familiar (R\$)			
Endereço Completo						
Bairro		Cidade		UF	CEP	
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Comercial	DDD	Telefone Celular	
Receber Informações Via: <input type="checkbox"/> Impresso <input type="checkbox"/> Eletrônico		E-mail				

\* Todos os dados são de preenchimento obrigatório.

(1) O proponente menor de 16 ou 18 anos, respectivamente, é representado ou assistido pelos pais, tutores ou curadores.

## 2. DADOS DO PRODUTO

Prazo de Diferimento anos		Data da Concessão / /		Periodicidade de Pagamento	
Indexador dos Benefícios e Contribuições <b>IPCA / ANUAL</b>	Indexador de Reservas no Pagamento de Benefícios <b>IPCA / MENSAL</b>	Tábua Biométrica (Benefício Básico) <b>AT 2000 MALE</b>	Taxa de Juros no Pgto de Benefícios <b>0% a.a</b>		
Excedente Financeiro no Pgto de Benefícios <b>50%</b>	Rentabilidade Divulgada por: <b>Gazeta Mercantil</b>				
Agência de Venda			Matrícula do Indicador , com dígito verificador		

## 3. FORMA DE PAGAMENTO

Débito em Conta | Banco | Agência | Operação | Conta | Dia do Vencimento



# PREVINVEST- VGBL - INDIVIDUAL

<input type="checkbox"/> Boleto Bancário	104 – CAIXA	<input type="checkbox"/> 001	<input type="checkbox"/> 013
--	-------------	------------------------------	------------------------------

## 4. BENEFÍCIO BÁSICO (2)

<input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia, Sem Reversão	<input type="checkbox"/> Renda Mensal Temporária
<input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia, Com Reversão	<input type="checkbox"/> Renda Mensal Vitalícia Com Prazo Mínimo Garantido

Periodicidade de Pagamento: <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Única	Valor da Contribuição (R\$):
--	------------------------------

(2) A Provisão Matemática de Benefícios a Conceder é composta, pelo valor das contribuições pagas, deduzido o carregamento, quando for o caso, e o valor das portabilidades de recursos de outros planos previdenciários destinada ao Benefício Básico, deduzida a taxa de carregamento, prevista no Regulamento do plano, 0% sobre cada contribuição.

Para o resgate da reserva constituída pelas contribuições, dos participantes, deve observar a carência de 60 dias para o 1º evento e intervalo de 60 dias para os demais.

Nos casos de transferência interna e externa de reserva, a carência é de 60 dias para todos os eventos.

## 5. BENEFÍCIO DE PROTEÇÃO (3)

Tipo	Processo SUSEP	Pz. Cobertura	Valor Benefício (R\$)	Valor Contribuição (R\$)
<input checked="" type="checkbox"/> Pecúlio.	10.003898/0087	Conf. Pz. Dif.	R\$ 15.000,00	
<input type="checkbox"/> Pensão Prazo Certo	10.003896/00-51	Conf. Pz. Dif.		

(3) Não há prazo de carência para os casos decorrentes de acidente pessoal. Para os demais casos, há carência de 12 meses, contados a partir da data de ingresso do participante no plano. A taxa de carregamento para os benefícios de proteção é de 30% sobre cada contribuição e a taxa de juros atuarial é de 6% ao ano.

Valor Total das Contribuições - Benefício Básico e Benefício de Proteção. (R\$)	
---	--

## 6. DADOS DO CORRETOR

Código	Nome
029119.1.010954-1	FENAE CORRETORA DE SEGUROS E ADM. DE BENS S.A.

## 7. BENEFICIÁRIO (4)

Nome	Data Nascimento	Código	Participação nos Benefícios (%)		
			Provisão / Renda	Pensão Prazo Certo	Pecúlio

Código de Parentesco: 01-Cônjuge 02-Companheiro(a) 03-Filhos 04-Pais 05-Irmãos 06-Outros

Caso seja necessária a inclusão de outros beneficiários, utilizar o MN FOP 024.

(4) Quando o percentual de participação não for indicado, o rateio do benefício é realizado, proporcionalmente, entre os beneficiários correspondentes. Não havendo expressa indicação de beneficiário, ou na falta deles, serão considerados como tais os sucessores legítimos, definidos no art. 792, do novo código civil.

## 8. DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE

Responda às questões abaixo, com SIM ou NÃO, por extenso. Caso responda NÃO na primeira ou SIM em qualquer uma das demais perguntas, complemente, no quadro Informações Complementares, as informações solicitadas.

		Titular
1	Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?	
2	É aposentado por invalidez ou está em processo para tal? Em caso afirmativo, especifique.	

3	Sofre atualmente ou sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a exames de tomografia, ressonância magnética, biópsias, intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho (como, por exemplo, diabetes, câncer, AIDS, hipertensão arterial, doenças neurológicas – epilepsia e outras disritmias, doenças psiquiátricas, cardíacas, pulmonares e/ou renais)? Em caso afirmativo, especifique no quadro abaixo, indicando a natureza da doença, idade que foi diagnosticada e o quadro clínico atual.	
4	Tem qualquer deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Em caso afirmativo, especifique.	
5	Exerce atividade (profissional ou amador) como: Balonismo, Asa Delta, Vôo Livre, Pára-Quedismo, Alpinismo, Hipismo, Mergulho, Esqui aquático e na neve, Condução de Motocicleta, Boxe, Luta Livre, Artes Marciais, Policial, Segurança, Vigilância, Pilotagem Esportiva, de Aeronave Agrícola, de Helicóptero, de Táxi Aéreo e outras consideradas de alto risco? Em caso afirmativo, especifique.	
6	Já teve alguma proposta de seguro de Vida ou Acidentes Pessoais recusada por qualquer Seguradora? Em caso afirmativo, indicar a época e a Seguradora.	
7	Possui outros seguros de Vida e/ou Acidentes Pessoais em vigor nesta data? Em caso afirmativo, especifique (nome da Seguradora e valor das garantias)	

Declaro que as informações contidas nesta declaração são verdadeiras e completas e assumo total responsabilidade pela sua exatidão, nada tendo omitido que possa influenciar na aceitação da mesma, ou no custo das contribuições, nos termos previstos no artigo 766 da Lei nº 10.406/02 (Código Civil Brasileiro).

## INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

--

**IMPORTANTE:** "Autorizo que, em caso de ocorrência de morte sejam realizadas diligências médicas julgadas necessárias, autorizando, também, de acordo com o artigo 106 do Código de Ética Médica, que os médicos que tenham me assistido prestem todas as informações solicitadas por esta Empresa."

## 9. DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DO REGIME TRIBUTÁRIO

Para Modelo de Alíquotas Regressivas

Declaro estar ciente dos regimes e critérios de tributação tratados na Lei nº 11.053/2007, optando pelo regime de tributação pelo qual os valores pagos a título de benefício ou resgates sujeitam-se à incidência definitiva de IR na fonte, de acordo com as alíquotas regressivas apresentadas no art. 1º desta Lei.

Para Modelo de Retenção na Fonte, com ajuste na declaração

Declaro estar ciente dos regimes e critérios de tributação tratados na Lei nº 11.053/2004, optando pelo regime de tributação na fonte com posterior ajuste na declaração de IR

\* Você terá até o último dia útil, do mês subsequente ao da contratação da proposta, para optar pelo modelo de alíquotas decrescentes na forma da legislação específica.

## IMPORTANTE:

1 – Declaro que obtive prévio e expresso conhecimento de todos os termos constantes na proposta e regulamento do plano, ao qual estou aderindo e, que posso a qualquer momento, mediante solicitação à CAIXA VIDA & PREVIDÊNCIA, alterar meus beneficiários e a modalidade de recebimento de informações referente a este plano;

2 – A Empresa tem um prazo de 15 dias corridos para aceitação da proposta, contados a partir da data de seu protocolo de entrada.

Local	Data / /	Assinatura do Participante (obrigatória)
-------	-------------	--

## Para uso da CAIXA VIDA & PREVIDÊNCIA

Proposta conferida em / /	Visto	Parecer da Área Médica <input type="checkbox"/> Deferida <input type="checkbox"/> Indeferida <input type="checkbox"/> Indeferida Parcial	Data / /	Visto
------------------------------	-------	---	-------------	-------

1ª VIA – CAIXA VIDA & PREVIDÊNCIA

2ª VIA – PARTICIPANTE

3ª VIA – AGÊNCIA