

**RELATÓRIO DA SUBCOMISSÃO:
SUBCOMISSÃO I
Finanças I**

Quanto aos documentos 189 e 190.

Oriundos do(a):

Sínodo Sul Fluminense e Sínodo Sul Fluminense.

Ementas:

- . **Proposta de aquisição de Previdência Privada;**
- . **Proposta de aquisição de Previdência Privada;**

Oriundos dos Presbitérios Sul Fluminense e Volta Redonda, Sínodo Sul Fluminense, respectivamente, referentes a contratação de plano de previdência privada.

Considerando:

- 1-Que a IPB desde 1997 estabeleceu o IPB-PREV como seu plano de previdência complementar privada;
- 2-Que o plano de previdência IPB-PREV é administrado atualmente pela empresa ICATU HARTFORD na categoria de contribuição definida;
- 3-Que temos inscritos no IPBPREV pastores, presbíteros, missionários tanto da JMN e da APMT;
- 4-Que atualmente a relação com a empresa que administra o IPBPREV, a Icatu Hartford, está a contento;
- 5-Que o atual plano contempla a presente solicitação.

A CE-SC-IPB-2010

Resolve:

- 1-Não atender;
- 2-Determinar que a Comissão de Previdência Saúde Seguridade elabore e execute a divulgação dos planos à IPB;



**Igreja Presbiteriana
do Brasil**

PROTOCOLO No CLXX

Roberto Brasileiro Silva
Presidente do SC/IPB

Data: 26/03/2010

3-Agradecer aos concílios solicitantes a preocupação quanto a vida de seus membros.

Sala das Sessões, 26 de Março de 2010.

Relator: Presb. Renato José Piragibe

Sub-relator: Rev. Ronildo Farias dos Santos

Membros: Rev. Silas Luiz de Souza, Rev. Leonardo Santana de Oliveira, Rev. Silvio Ferreira.

Belo Horizonte, 22 de março de 2010.

Ao Supremo Concílio da Igreja Presbiteriana do Brasil – Reunião Ordinária 2010.

Rev. Roberto Brasileiro Silva
MD Presidente do Supremo Concílio IPB

Estimado irmão em Cristo.

No cumprimento de minhas atribuições, encaminho documento anexo para consideração e deliberação da Igreja Presbiteriana do Brasil.

Origem: Sínodo Sul Fluminense – Presbitério Sul Fluminense

Proposta de Aquisição de Previdência Privada

Sendo o que me cumpre, registro meu mais sincero apreço e consideração em Cristo.

Fraternalmente



Rev. Ludgero Bonilha Moraes
Secretário Executivo do Supremo Concílio da
Igreja Presbiteriana do Brasil

PROTOCOLO Nº 189

Destino:

Rev. Roberto Brasileiro
Presidente do SC/IPB

Data: 22/03/2010

| | | |
|---|---|----------------------|
|  <p>IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL</p> | <p>SSF Organizado a 06 de Julho de 1989</p> | <p>SE/SSF</p> |
|---|---|----------------------|

Volta Redonda, 19 de Fevereiro de 2010.

Do: Sínodo Sul Fluminense.

Para: CE – SC/IPB.

A/C: SE Rev. Ludgero Bonilha Moraes.

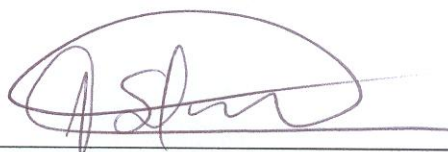
Assunto: Encaminhamento de Documentos.

Amados irmãos.

No estrito cumprimento do dever, encaminho a CE – SC/IPB, o documento anexo (**Proposta de Aquisição de Previdência Privada**), de origem do PSFL, conforme resolução do Sínodo Sul Fluminense em sua XII Reunião Extraordinária.

Fraternalmente,

No Amor de Cristo, Senhor da Igreja.



Presb. Josias Sessa da Silva
Secretário Executivo do SSF.



Sínodo Sul Fluminense – SSF
PRESBITÉRIO SUL FLUMINENSE - PSFL

Organizado em 22 de fevereiro de 1929
Rua José Maria Melo Costa , 128
CEP. 27325-190 – Ano Bom – Barra Mansa RJ.
CNPJ 27.962.513/0001-30



Doc 03

Rev. Levi Gomes Santana

Presidente

Rua Novo, nº124 – Jardim Itáliaia

CEP: 27580-000

Tel. (24) 3352-8027

Presb. Joaquim José dos Santos

Secretário Executivo

Rua Domingos Silvino, 910 – CEP 27534-230

Cabral – Resende RJ.

Tel. (24) 3355.6858/ 3355.0099

E-mail: joaquimcopymais@ig.com.br

Resende RJ, 04 de janeiro de 2010

Ao

SINODO SUL FLUMINENSE (SSF)

Att. Secretário o Executivo

Presb. Josias Sessa.

Saudação em Cristo,

Conforme correspondência recebida, vimos por meio desta informe que o Presbitério Sul Fluminense (PSFL) reunido em sua 83ª RO. resolve enviar ao Sínodo Sul Fluminense documento em anexo para ser enviada a Secretária Executivo do Supremo Concílio, para ser apreciado na sua reunião ordinária a realizar-se no corrente ano.

Sem mais para o momento, despeço-me em Cristo Jesus.

Fraternalmente,

Presb. Joaquim José dos Santos

Secretario Executivo

Objetivo:

- *Possibilitar à IPB proporcionar aos pastores, missionários e obreiros a aquisição de forma prática, com menores custos e melhor performance de plano de previdência privada complementar a fim de evitar dificuldades futuras na manutenção dos mesmos e de suas famílias no futuro*

Vantagens do plano Averbado

- *Pode ser feito para pastores, obreiros, leigos e até membros interessados;*
- *Pode ser feito só para pastores;*
- *Pode ser feito só para membros;*
- *Pode ser feito só para alguns;*
- *O participante escolhe as modalidades que desejar desde planos conservadores até os mais agressivos (compostos com partes em ações);*
- *A contribuição de todos participantes totalizada, diminui a taxa de carregamento do plano comparada a um plano individual;*

Taxa de Carregamento:

- *Entre 10% e 0% de acordo com a quantidade de contribuições pagas.*
- *IMPORTANTE: As transferências de Reservas oriundas de outras instituições terão isenção de taxa de carregamento.*

Formas de Tributação

- ✓ O participante escolhe no momento da contratação qual regime tributário deseja se inscrever (progressivo ou regressivo).
(Lei N° 11.053/2004)
 - As contribuições efetuadas ao PGBL são dedutíveis do Imposto de Renda de Pessoa Física, até o limite de 12% de sua renda bruta anual tributável.
 - O Imposto de Renda só é cobrado quando ocorre o pagamento de renda ou resgate.
 - A alíquota pode chegar a apenas 10% para quem optar pelo regime regressivo, e permanecer no plano por mais de 10 anos.
 - Se o plano for VGBL, o imposto incide somente sobre a rentabilidade.

Obs.: Com o advento da Lei 11.053, os resgates efetuados nos planos de previdência privada passam a sofrer a antecipação do IR em 15% durante o regime de competência, independente da faixa de tributação, devendo o participante fazer os ajustes de cotas em sua declaração de IRPF no exercício fiscal subsequente.

Características Gerais:

Da segurança / Da seguradora:

- **Blindagem Total das Reservas Constituídas**

➤ **LEI 6.435 de 15 de julho de 1977;**

CAPÍTULO II – SEÇÃO V Das Operações – Art. 16 :

“ Os bens garantidores das reservas técnicas e provisões serão registrados no órgão executivo do Sistema Nacional de Seguros Privados e não poderão ser alienados, prometidos alienar ou de qualquer forma gravados sem sua prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, quaisquer disposições contrárias ”.

➤ **LEI 11.196, de 21 de novembro de 2005;**

CAPÍTULO XII – Art. 78 - § 1º.:

“ No caso de falência ou liquidação extrajudicial da entidade aberta de previdência complementar ou da sociedade seguradora, o patrimônio dos fundos não integrará a respectiva massa falida ou liquidanda. “

- **Impenhorabilidade da Reserva**

➤ **Código de Processo Civil – CPC - LEI 5.869 de 11 de janeiro de 1973;**

Art. 649 – São absolutamente impenhoráveis:

“ VIII - As pensões, as tenças ou os montepios, percebidos dos cofres públicos, ou de institutos de previdência, bem como os provenientes de liberalidade de terceiro, quando destinados ao sustento do devedor ou da sua família“.

- **Sucessão Patrimonial - Os recursos do plano não estão sujeitos aos processos de inventário (Lei Complementar Nº 109/2001 Art. 73 c/c 10.406/2002 – Código Civil Art. 794)**

Art. 73. As entidades abertas serão reguladas também, no que couber, pela legislação aplicável às sociedades seguradoras.

Art. 794. No seguro de vida ou de acidentes pessoais para o caso de morte, o capital estipulado não está sujeito às dívidas do segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

- ✓ **É possível designar e alterar os beneficiário(s) indicados no plano a qualquer**

momento (Lei Nº 10.406/2002 – Código Civil Art. 791 e 792)

Art. 791. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

- **Isso resulta em:**

- **Agilidade no recebimento dos recursos pelo (s) beneficiário(s)**

Economia com tributos, despesas processuais e honorários advocatícios.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS:

- *Emissão de Cobrança Bancária Individual isentando a IPB da cobrança*
- *Emissão de Extratos Individualizados*
- *Possibilidade de consultas em qualquer região do País*
- *Equipe especializada para atendimento individualizado*
- *Planos desenhados de acordo com a necessidade de cada participante*

Idade de ingresso:

- *VGBL/ PGBL - 16 a 75 anos*
- *Planos de coberturas (seguros) – 16 a 64 anos*

Dia de débito:

- *.25 de cada mês*

Maiores informações: Pedro Ferreira Rodrigues

(24) 3324-8681

8811-8681

rodrigues.brad@ig.com.br

rodrigues@businessup.org

Anexo: modelo de proposta para aquisição dos planos.

CNPJ: 58.768.284/0001-40

SUSEP Nº 15414.002189/2009-27; 15414.002204/2009-37; 15414.002193/2009-95; 15414.002192/2009-41; 15414.002206/2009-26; 15414.002205/2009-81; 15414.002190/2009-51; 15414.002191/2009-04; 15414.002187/2009-38; 15414.002188/2009-82. SUSEP RISCOS Nº 15414.003386/2008-82, 15414.003385/2008-38, 15414.003384/2008-93, 15414.003382/2008-02, 15414.003387/2008-27, 15414.003383/2008-49

REGIME TRIBUTÁRIO:

COMPENSÁVEL (Tabela Progressiva de Imposto de Renda)
 DEFINITIVO (Tabela Regressiva de Imposto de Renda - Lei nº 11.053/04)

VISUALIZAÇÃO DO EXTRATO:

SOMENTE PELA INTERNET
 INTERNET E ENVIO TRIMESTRAL PELO CORREIO

DADOS DO PROPONENTE

1. NOME DO TITULAR DO PLANO (NO CASO DE PGBL INFANTIL, NOME DO MENOR)

NOME DO PROPONENTE _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____

ESTADO CIVIL _____ R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ C.P.F. _____

EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DA QUAL É SÓCIO _____ PROFISSÃO EXERCIDA _____ RAMO DE ATIVIDADE _____ Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL _____

TEMPO DE EMPRESA _____ SALÁRIO _____ E-MAIL _____
 ANOS MESES

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ U.F. _____ (DDD) TELEFONE _____

OBS.: CASO O ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE, FAVOR PREENCHER O CAMPO ABAIXO.

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ U.F. _____ CEP _____ (DDD) TELEFONE _____

2. RESPONSÁVEL (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO SOMENTE QUANDO O TITULAR DO PLANO FOR MENOR)

NOME _____ GRAU DE PARENTESCO C/ O MENOR _____ SEXO M F

DATA DE NASCIMENTO _____ R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ ESTADO CIVIL _____ C.P.F. _____

EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DA QUAL É SÓCIO _____ PROFISSÃO EXERCIDA _____ RAMO DE ATIVIDADE _____ Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL _____

TEMPO DE EMPRESA _____ SALÁRIO _____ E-MAIL _____
 ANOS MESES

ENDEREÇO _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ U.F. _____ (DDD) TELEFONE _____

DADOS DO CORRETOR

CORRETOR _____ SUSEP _____ % PARTICIPAÇÃO _____ AGENCIADOR _____ CÓDIGO _____ % PARTICIPAÇÃO _____

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

| BENEFÍCIO | PRAZO | CONTRIBUIÇÃO INICIAL | IDADE DE SAÍDA |
|--|--|---|--|
| RENDA MENSAL TEMPORÁRIA (EXCLUSIVO PARA PGBL INFANTIL) | ANOS | | |
| BENEFÍCIO RENDA MENSAL VITALÍCIA (EXCLUSIVO PARA PGBL INDIVIDUAL) | | CONTRIBUIÇÃO INICIAL | IDADE DE SAÍDA |
| COBERTURAS DE RISCOS (PARA PGBL INDIVIDUAL PODERÃO SER CONTRATADAS TODAS AS COBERTURAS; NO CASO DE PGBL INFANTIL SOMENTE AS COBERTURAS EM DESTAQUE) | | | |
| BENEFÍCIOS | CONTRIBUIÇÃO | VALOR DO BENEFÍCIO | PRAZO |
| RENDA POR INVALIDEZ | | | |
| RENDA POR INVALIDEZ COM PRAZO MÍNIMO GARANTIDO | | | <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS |
| PENSÃO AO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) | | | |
| PENSÃO AOS MENORES | | | |
| PENSÃO POR PRAZO CERTO | | | <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS |
| PECÚLIO | | | |
| VALOR DA CONTRIBUIÇÃO PARA RENDA | VALOR SOMATÓRIO DAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS RISCOS | VALOR TOTAL DAS CONTRIBUIÇÕES (RENDA + RISCO) | |

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S)

| NOME | DATA DE NASCIMENTO | CPF | PARENTESCO | BENEFÍCIOS | % |
|------|--------------------|-----|------------|------------|---|
| | | | | | |

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS), FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES ABAIXO.

OBSERVAÇÕES _____

FORMA DE CONTRIBUIÇÃO

| | CHEQUE/DINHEIRO | ADC (AUTORIZ. DÉBITO EM C/C) | CARNÊ | PERIODICIDADE DO PAGAMENTO | DATA DO VENCIMENTO |
|--|------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--|--------------------|
| 1ª CONTRIBUIÇÃO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> ÚNICA | |
| DEMAIS CONTRIBUIÇÕES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| AUTORIZO O DÉBITO MENSAL NA MINHA CONTA CORRENTE: | | | | | |
| BANCO (NOME E NÚMERO) | CÓDIGO AGÊNCIA | | | | |
| Nº DA CONTA CORRENTE E DÍGITO | C.P.F. DO CORRENTISTA/ RESPONSÁVEL | | | | |
| ASSINATURA DO CORRENTISTA _____ | | | | | |

ATENÇÃO: O PROPONENTE E O CORRETOR DEVERÃO ASSINAR O VERSO DA PROPOSTA.

É obrigatório o preenchimento dos campos "local e data de preenchimento" pelo proponente e/ou seu representante legal ou, ainda, pelo corretor de seguros, pois, caso contrário, para efeito de preenchimento dos referidos campos, será acatada como data de preenchimento a data do protocolo na Seguradora.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho
Quando a resposta das questões abaixo forem afirmativas, será necessário informar detalhes no campo específico, situado ao término das questões.

| ITEM | DESCRIÇÃO | PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO |
|------|---|------------------------------------|
| 1 | ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL IDADE ANOS ALTURA m PESO DATA MÁX. MIN. | |
| 2 | É APOSENTADO(A)? <input type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> IDADE <input type="checkbox"/> POR INVALIDEZ | |
| 3 | ESTÁ OU ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, POR DOENÇA OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA O PERÍODO E O MOTIVO. | |
| 4 | SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL É E HÁ QUANTO TEMPO SOFRE. | |
| 5 | ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL. | |
| 6 | SOFRE OU JÁ SOFREU DE ALGUM EPISÓDIO DE PRESSÃO ARTERIAL AUMENTADA? FOI MEDICADO(A) ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA E MEDICAMENTO. | |
| 7 | SOFRE DE DIABETES? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA DE QUAL TIPO E SE FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO / TRATAMENTO(ESPECIFICAR). | |
| 8 | JÁ REALIZOU EXAMES QUE TENHAM APRESENTADO RESULTADOS ALTERADOS , TAIS COMO RESSÔNANCIA MAGNÉTICA, RX, TOMOGRAFIA, BIÓPSIA, ULTRASSONOGRRAFIA, ENDOSCOPIA, EXAMES DE SANGUE OU QUALQUER OUTRO? EM CASO AFIRMATIVO, ANEXAR OS RESULTADOS DOS EXAMES. | |
| 9 | JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR? CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA, MOTIVO E TRATAMENTO REALIZADO. | |
| 10 | JÁ REALIZOU QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA OU COBALTOTERAPIA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL, POR QUE E A DATA INICIAL. | |
| 11 | VOCÊ JÁ FEZ TRATAMENTO, RECEBEU MEDICAÇÃO OU ESTEVE INTERNADO PELO USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA O TRATAMENTO. | |
| 12 | FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM MEDICAMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, CITAR QUAL E HÁ QUANTO TEMPO. | |
| 13 | TEM OU TEVE ALGUMA DOENÇA OFTAMOLÓGICA COMO CATARATA, GLAUCOMA, DESCOLAMENTO DE RETINA, CERATOCONE E OUTRAS? POSSUI DEFICIÊNCIA VISUAL MESMO COM O USO DE ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO? | |
| 14 | APRESENTA MIOPIA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O GRAU. | |
| 15 | APRESENTA REDUÇÃO DA AUDIÇÃO? EM CASO AFIRMATIVO ANEXAR ÚLTIMA AUDIOMETRIA REALIZADA. | |
| 16 | É PORTADOR DE REDUÇÃO FUNCIONAL DE ALGUM MEMBRO OU ÓRGÃO DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA. | |
| 17 | JÁ RECEBEU ALGUM TIPO DE INDENIZAÇÃO POR SOCIEDADE SEGURADORA? QUANDO? <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS | |
| 18 | É TRIPULANTE AMADOR OU EXERCE ALGUMA ATIVIDADE EM QUALQUER TIPO DE AERONAVE? PRÁTICA HABITUALMENTE DE FORMA AMADORA OU PROFISSIONAL, ALGUM TIPO DE ESPORTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O TIPO DE ESPORTE E COM QUAL FREQUÊNCIA É PRATICADO | |
| 19 | <input type="checkbox"/> É FUMANTE <input type="checkbox"/> EX-FUMANTE HÁ QUANTO TEMPO? | |
| 20 | POSSUI OUTROS SEGUROS? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE O VALOR DA COBERTURA E O NOME DA SEGURADORA. <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS | |

ITEM ESPECIFIQUE (NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC).

ATUALIZAÇÕES

OS PRÊMIOS E OS BENEFÍCIOS SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE PELO IPCA/IBGE

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

"Declaro, para todos os fins, que recebi, li e concordei integralmente com os termos do regulamento do Plano PGBL - Plano Gerador de Benefício Livre da Porto Seguro Vida e Previdência S/A., situada à Av. Rio Branco, 1.489, CNPJ 58.768.284/0001-40 ora apresentado, que estou contratando. Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei o direito à indenização decorrente do regulamento do Plano PGBL, caso tenha ocorrido omissão de informações que possam ter influenciado na aceitação da proposta, valor da contribuição, benefício e/ou renda, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente de que não haverá cobertura para eventos e doenças preexistentes à contratação deste Plano, conforme previsto no regulamento. Autorizo meu(s) médico(s) assistente(s), a apresentar(em) em meu nome e de meus beneficiários, todas as informações necessárias a liquidação de eventuais sinistros cobertos por este Plano de Previdência Complementar."

IMPORTANTE: O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

"O Participante 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".

"A aceitação do plano estará sujeita à análise do risco."

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

IMPORTANTE: Em caso de Responsável não alfabetizado, além da assinatura a rogo, pede-se a assinatura de duas testemunhas.

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (1)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (2)

DECLARAÇÃO DO CORRETOR

"Declaro que o proponente está ciente deste plano e que a Declaração de Saúde e Atividade, bem como a indicação dos beneficiários foram preenchidas de próprio punho pelo Proponente. Segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções".

LOCAL E DATA

ASSINATURA / CARIMBO DO CORRETOR

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE PREVIDÊNCIA INDIVIDUAL E INFANTIL

1. Objetivo do Plano

Previdência Individual

Tem como objetivo, auxiliar na obtenção de Renda Mensal necessária para garantir o padrão de vida desejado no período de aposentadoria.

Previdência Infantil

Tem como objetivo, acumular os recursos necessários para garantir uma Renda Mensal Temporária ao menor. Essa renda geralmente é destinada para o custeio das despesas de educação, porém, pode ser utilizada para realizar outros projetos, como intercâmbio cultural e cursos de extensão profissional. Aumentando a proteção para o futuro dos seus filhos, netos, sobrinhos, afilhados etc.

A participação no Plano Individual ou Infantil divide-se em dois momentos:

* **Período de acumulação:** todos os recursos (contribuições, aportes, transferências de outros planos de previdência já existentes), são atualizados de acordo com o plano escolhido, formando a reserva necessária para obtenção do benefício desejado;

* **Período de concessão do benefício:** quando for atingida a idade de saída escolhida para se aposentar, a reserva acumulada transforma-se efetivamente em renda, sendo possível optar a melhor forma de recebê-la, vide item 3.

2. Quem participa do Plano

Plano Individual

Qualquer pessoa física disposta a aderir aos termos do Regulamento do Plano.

Plano Infantil

Menor (Participante): De 0 a 17 anos a quem se destina a Renda Mensal Temporária, que é o beneficiário das Coberturas Adicionais de Risco (quando contratadas), sempre representado por um responsável; e **Responsável:** Aquele(a) que representa o menor (podendo ser os pais ou qualquer outra pessoa, desde que maior de idade) e efetua o pagamento das contribuições. Se houver contratação das Coberturas Adicionais de Riscos, destas, o responsável será o Participante.

3. Modalidades de Renda

Importante: Até 30 (trinta) dias úteis antes da data prevista para concessão da renda, e a seu único e exclusivo critério, o Participante poderá solicitar a EAPC, a alteração da forma de pagamento (da modalidade de renda) do benefício.

* **Renda Mensal Vitalícia:** Renda paga vitaliciamente ao Participante a partir da data escolhida para concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do Participante, cessam os pagamentos.

* **Renda Mensal Temporária:** renda paga temporária e exclusivamente ao Participante a partir da idade de saída escolhida para concessão da indenização no prazo de 1 a 20 anos. Ocorrendo o seu falecimento ou o fim da temporariedade contratada, cessam os pagamentos.

* **Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Beneficiário:** Consiste em uma renda paga por toda a vida ao Participante a partir da data escolhida para concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do Participante durante o recebimento da renda, 50%, 60% ou 70% de seu valor será revertido vitaliciamente ao beneficiário indicado.

* **Renda Mensal Vitalícia com Prazo Mínimo Garantido:** Renda paga vitaliciamente ao Participante a partir da data escolhida para concessão do benefício, sendo garantida aos beneficiários conforme segue: -o Participante indica o prazo mínimo de garantia (contado a partir do início de recebimento do benefício). Se durante este período ocorrer o falecimento do Participante, o benefício será pago aos beneficiários conforme os percentuais indicados na Proposta, até completar o prazo mínimo de garantia definido no momento da inscrição (5, 10, 15 ou 20 anos).

* Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Cônjuge com Continuidade aos Menores:

Consiste em uma renda paga vitaliciamente ao Participante, reversível ao cônjuge ou companheira(o) após o seu falecimento, e na falta deste, reversível temporariamente ao(s) menor(es) até que completem 24 anos, de acordo com o percentual de reversão estabelecido.

* Renda Mensal por Prazo Certo:

Consiste em uma renda a ser paga por um prazo pré-estabelecido, ao Participante-Assistido, durante o período máximo de 600 (seiscentos) meses.

4. Reserva Matemática de Benefícios a Conceder

Valor da soma das contribuições e aportes líquidos de carregamento, quando for o caso, atualizados monetariamente, constituídos durante o período de contribuição.

5. Reserva Matemática de Benefícios Concedidos

Valor dos compromissos que a Participante assumiu com os assistidos (Participantes e/ou Beneficiários) durante o período de pagamento de benefícios (aposentadoria) sob a forma de renda. No período de pagamento de benefício, haverá apuração dos resultados financeiros e reversão de 60% durante o prazo de pagamento do benefício sob a forma de renda, a contar da data da concessão da renda.

6. Tábua Atuarial

Plano Individual

Os benefícios de qualquer Modalidade de Renda serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 0% de juros ao ano MALE e FEMALE.

Plano Infantil

Os benefícios da Renda Mensal Temporária serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 3% de juros ao ano MALE e FEMALE. Os benefícios das demais Modalidades de Renda serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 0% de juros ao ano MALE e FEMALE.

7. Índice de Atualização

As contribuições das coberturas de sobrevivência serão atualizadas anualmente no aniversário do Plano pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

As contribuições e os benefícios das coberturas de risco serão atualizados anualmente no aniversário do Plano pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

8. Taxas Incidentes

* Taxa de Carregamento

Incide sobre o valor das contribuições pagas, contidas no momento resgatado ou portado isentando a rentabilidade.

| Quantidade de Contribuições Pagas | Carregamento |
|-----------------------------------|--------------|
| Até 12 | 10,0% |
| De 13 a 24 | 8,0% |
| De 25 a 36 | 6,0% |
| De 37 a 48 | 4,0% |
| De 49 a 60 | 2,0% |
| Acima de 61 | 0,0% |

9. Resgate

Direito garantido ao Participante, cumprida a carência do plano, de obter a restituição do valor destinado às contribuições, devidamente atualizado.

- Taxa de Administração Financeira

Incide sobre o montante da reserva.

| Taxa de Administração Financeira (% sobre o fundo anualmente) | |
|--|------|
| Soberano Renda Fixa..... | 1,0% |
| Renda Fixa..... | 1,5% |
| Composto..... | 2,0% |
| Multimercado RV25..... | 2,5% |
| Multimercado RV45..... | 2,5% |

10. Portabilidade

Direito garantido ao Participante, cumprida a carência do plano, de durante o período de diferimento, transferir a reserva acumulada.

11. Carências

* **Resgate:** O prazo de carência para a primeira solicitação de resgate é de 12 meses, seja parcial ou total. As demais solicitações de

resgate (seja parcial ou total) devem cumprir o intervalo mínimo de 6 meses.

* **Portabilidade:** O prazo de carência para a primeira solicitação de portabilidade é de 60 dias, seja parcial ou total. As demais solicitações de portabilidade (seja parcial ou total) devem cumprir o intervalo mínimo de 60 dias.

12. Tipos de Fundos

* **Soberano Renda Fixa:** 100% das aplicações efetuadas em títulos públicos (LTN, LFT, etc). Ideal para investidores com perfil conservador.

* **Renda Fixa:** 100% das aplicações efetuadas em títulos do governo e privados renda fixa (Comodities, CDB, CDI, etc). Ideal para investidores com perfil moderado.

* **Composto Multimercado:** até 49% das aplicações podem ser efetuadas em renda variável (ações) tendo a diferença aplicada em títulos de renda fixa. Ideal para investidores dispostos a aceitar os riscos em renda variável objetivando maiores ganhos a médio e longo prazo.

* **Multimercado RV 25:** O fundo buscará manter no mínimo 20% e no máximo 30% do patrimônio em ações, com ponto de equilíbrio de 25%, negociadas no mercado à vista de Bolsa de Valores ou entidade do mercado de balcão organizado e demais valores mobiliários de renda variável. Ações que compõem a carteira do fundo deverão fazer parte do Índice Brasil - IBX50.

* **Multimercado RV 45:** O fundo buscará manter no mínimo 40% e no máximo 49% do patrimônio em ações, com ponto de equilíbrio de 45%, negociadas no mercado à vista de Bolsa de Valores ou entidade do mercado de balcão organizado e demais valores mobiliários de renda variável. Ações que compõem a carteira do fundo deverão fazer parte do Índice Brasil - IBX50.

13. Coberturas Adicionais de Risco

Importante: Devido a natureza do regime financeiro de repartição de capitais da cobertura, as coberturas adicionais de risco, não permitem a concessão resgate, saldamento ou devolução de quaisquer contribuições pagas, uma vez que cada contribuição é destinada a custear o risco de pagamento de benefício no período.

* **Renda por Invalidez:** é uma renda mensal vitalícia paga ao Participante em caso de invalidez total e permanente ocorrida durante o período de cobertura. Ocorrendo o falecimento do Participante antes ou após a concessão da renda, o benefício ficará automaticamente cancelado.

* **Renda por Invalidez com Prazo Mínimo Garantido:** é uma renda mensal vitalícia paga ao Participante em caso de invalidez total e permanente. Ocorrendo o falecimento do Participante, após o início do recebimento do benefício, a renda mensal será paga ao(s) beneficiário(s) pelo prazo mínimo garantido (5, 10, 15 ou 20 anos) estipulado pelo próprio Participante, na proporção estabelecida, até que se esgote o referido prazo.

Riscos Excluídos

A indenização não é devida quando a Invalidez Total e Permanente decorrer de:

-doença, lesão ou seqüelas preexistentes à contratação do Plano, não declarada na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do Participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o

período de suspensão da cobertura por inadimplência, quando for o caso; -do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

-de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;

-direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

-de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

-de ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Participante, de atos ilícitos ou contrários à lei;

-qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

-as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

-de tentativa premeditada de suicídio nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato; e

-choque anafilático e suas conseqüências.

Obs.: Não se considerará como risco excluído a invalidez do Participante proveniente da utilização do meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

* **Pecúlio por Morte:** é o capital pago de uma só vez ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em caso de falecimento do Participante.

* **Pensão por Prazo Certo:** é uma renda mensal paga ao(s) beneficiário(s) por 5, 10, 15 ou 20 anos. Estando os beneficiários em fase de recebimento, toda vez que um deles vier a falecer, será procedido novo rateio do benefício proporcionalmente à participação dos beneficiários remanescentes. Inexistindo beneficiários remanescentes, a renda será paga aos sucessores legítimos, observada a legislação vigente, até o término do prazo certo contratado.

* **Pensão aos Menores:** é uma renda mensal temporária paga ao(s) beneficiário(s) menor(es) de 21 anos, na condição de filho(s) ou dependente(s) econômico(s) para fins de Imposto de Renda do Participante, em caso de morte do Participante. Havendo indicação de mais de um beneficiário, a renda mensal será rateada em partes iguais entre todos e paga até que cada beneficiário atinja 21 anos. Estando os beneficiários em fase de recebimento, toda vez que um deles atingir a idade de 21 anos ou vier a falecer, será procedido novo rateio entre os beneficiários remanescentes. Tendo os beneficiários completado a idade de 21 anos, o benefício estará automaticamente extinto.

* **Pensão ao Cônjuge ou Companheira(o):** é uma renda vitalícia paga mensalmente ao cônjuge ou companheira(o) em caso de falecimento do Participante.

Riscos Excluídos

Não será concedido o benefício de Pecúlio por Morte ou Pensão quando a morte for conseqüência de doença, lesão ou seqüelas preexistentes à contratação do plano, não declarada na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do Participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por inadimplência.

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) - Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades)
Site: www.portoseguro.com.br



PROPOSTA DE INSCRIÇÃO

VGBL

VGBL - RAMO 92

- SUB 12 RENDA FIXA I SUB 13 SOBERANO
 SUB 14 COMPOSTO SUB 17 MULTIMERCADO RV 25
 SUB 18 MULTIMERCADO RV 45

ORIGEM/PROPOSTA Nº

73 -

CNPJ: 58.768.284/0001-40

SUSEP Nº 15414.002215/2009-17; 15414.002214/2009-72; 15414.002212/2009-83; 15414.002207/2009-71; 15414.002216/2009-61; 15414.002209/2009-60; 15414.002211/2009-39; 15414.002213/2009-28; 15414.002210/2009-94; 15414.002208/2009-15. SUSEP RISCOS: 15414.003386/2008-82, 15414.003385/2008-38, 15414.003384/2008-93, 15414.003382/2008-02, 15414.003387/2008-27, 15414.003383/2008-49.

REGIME TRIBUTÁRIO:

- COMPENSÁVEL** (Tabela Progressiva de Imposto de Renda)
 DEFINITIVO (Tabela Regressiva de Imposto de Renda - Lei nº 11.053/04)

VISUALIZAÇÃO DO EXTRATO:

- SOMENTE PELA INTERNET
 INTERNET E ENVIO TRIMESTRAL PELO CORREIO

DADOS DO PROPONENTE

1. NOME DO TITULAR DO PLANO (NO CASO DE VGBL INFANTIL, NOME DO MENOR)

NOME DO PROPONENTE _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____

ESTADO CIVIL _____ R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ C.P.F. _____

EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DA QUAL É SÓCIO _____ PROFISSÃO EXERCIDA _____ RAMO DE ATIVIDADE _____ Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL _____

TEMPO DE EMPRESA _____ SALÁRIO _____ E-MAIL _____

ANOS _____ MESES _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ U.F. _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____ TELEFONE CELULAR _____

OBS.: CASO O ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE, FAVOR PREENCHER O CAMPO ABAIXO

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ U.F. _____ CEP _____ (DDD) TELEFONE _____

2. RESPONSÁVEL (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO SOMENTE QUANDO O TITULAR DO PLANO FOR MENOR)

NOME _____ GRAU DE PARENTESCO C/O MENOR _____ SEXO M F

DATA DE NASCIMENTO _____ R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ ESTADO CIVIL _____ C.P.F. _____

EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DA QUAL É SÓCIO _____ PROFISSÃO EXERCIDA _____ RAMO DE ATIVIDADE _____ Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL _____

TEMPO DE EMPRESA _____ SALÁRIO _____ E-MAIL _____

ANOS _____ MESES _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ U.F. _____ (DDD) TELEFONE _____

DADOS DO CORRETOR

CORRETOR _____ SUSEP _____ % PARTICIPAÇÃO _____ AGENCIADOR _____ CÓDIGO _____ % PARTICIPAÇÃO _____

BENEFÍCIO

DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

| BENEFÍCIO | PRAZO | CONTRIBUIÇÃO INICIAL | IDADE DE SAÍDA |
|--|--|---|--|
| RENDA MENSAL TEMPORÁRIA (EXCLUSIVO PARA VGBL INFANTIL) | ANOS | | |
| RENDA MENSAL VITALÍCIA (EXCLUSIVO PARA VGBL INDIVIDUAL) | | | |
| COBERTURAS DE RISCOS (PARA VGBL INDIVIDUAL PODERÃO SER CONTRATADAS TODAS AS COBERTURAS; NO CASO DE VGBL INFANTIL SOMENTE AS COBERTURAS EM DESTAQUE) | | | |
| BENEFÍCIOS | CONTRIBUIÇÃO | VALOR DO BENEFÍCIO | PRAZO |
| RENDA POR INVALIDEZ | | | |
| RENDA POR INVALIDEZ COM PRAZO MÍNIMO GARANTIDO | | | <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS |
| PENSÃO AO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) | | | |
| PENSÃO AOS MENORES | | | |
| PENSÃO POR PRAZO CERTO | | | <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS |
| PECÚLIO | | | |
| VALOR DA CONTRIBUIÇÃO PARA RENDA | VALOR SOMATÓRIO DAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS RISCOS | VALOR TOTAL DAS CONTRIBUIÇÕES (RENDA + RISCO) | |

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) (NO CASO DE VGBL INFANTIL, O BENEFICIÁRIO É O MENOR. SOMENTE PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO PARA VGBL INDIVIDUAL)

| NOME | DATA DE NASCIMENTO | CPF | PARENTESCO | BENEFÍCIOS | % |
|------|--------------------|-----|------------|------------|---|
| | | | | | |

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS), FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES ABAIXO.

OBSERVAÇÕES

FORMA DE CONTRIBUIÇÃO

| | CHEQUE/DINHEIRO | ADC (AUTORIZ. DÉBITO EM C/C) | CARNÊ | PERIODICIDADE DO PAGAMENTO | DATA DO VENCIMENTO |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--|--------------------|
| 1ª CONTRIBUIÇÃO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> ÚNICA | |
| DEMAIS CONTRIBUIÇÕES | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |

AUTORIZO O DÉBITO MENSAL NA MINHA CONTA CORRENTE:

BANCO (NOME E NÚMERO) _____ CÓDIGO AGÊNCIA _____

Nº DA CONTA CORRENTE E DÍGITO _____ C.P.F. DO CORRENTISTA/RESPONSÁVEL _____

ASSINATURA DO CORRENTISTA _____

AUTENTICAÇÃO - PROTOCOLO ELETRÔNICO

ATENÇÃO: O PROPONENTE E O CORRETOR DEVERÃO ASSINAR O VERSO DA PROPOSTA.

É obrigatório o preenchimento dos campos "local e data de preenchimento" pelo proponente e/ou seu representante legal ou, ainda, pelo corretor de seguros, pois, caso contrário, para efeito de preenchimento dos referidos campos, será acatada como data de preenchimento a data do protocolo na Seguradora.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho

Quando a resposta das questões abaixo forem afirmativas, será necessário informar detalhes no campo específico, situado ao término das questões.

| ITEM | DESCRIÇÃO | PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO |
|--|---|------------------------------|
| 1 | ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL IDADE ANOS ALTURA m PESO DATA MÁX. MIN. | |
| 2 | É APOSENTADO(A)? <input type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> IDADE <input type="checkbox"/> POR INVALIDEZ <input type="checkbox"/> | |
| 3 | ESTÁ OU ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, POR DOENÇA OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA O PERÍODO E O MOTIVO. | |
| 4 | SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL É E HÁ QUANTO TEMPO SOFRE. | |
| 5 | ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL. | |
| 6 | SOFRE OU JÁ SOFREU DE ALGUM EPISÓDIO DE PRESSÃO ARTERIAL AUMENTADA? FOI MEDICADO(A) ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA E MEDICAMENTO. | |
| 7 | SOFRE DE DIABETES? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA DE QUAL TIPO E SE FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO / TRATAMENTO(ESPECIFICAR). | |
| 8 | JÁ REALIZOU EXAMES QUE TENHAM APRESENTADO RESULTADOS ALTERADOS, TAIS COMO RESSÔNANCIA MAGNÉTICA, RX, TOMOGRAFIA, BIÓPSIA, ULTRASSONOGRAFIA, ENDOSCOPIA, EXAMES DE SANGUE OU QUALQUER OUTRO? EM CASO AFIRMATIVO, ANEXAR OS RESULTADOS DOS EXAMES. | |
| 9 | JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR? CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA, MOTIVO E TRATAMENTO REALIZADO. | |
| 10 | JÁ REALIZOU QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA OU COBALTOTERAPIA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL, POR QUE E A DATA INICIAL. | |
| 11 | VOCÊ JÁ FEZ TRATAMENTO, RECEBEU MEDICAÇÃO OU ESTEVE INTERNADO PELO USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA O TRATAMENTO. | |
| 12 | FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM MEDICAMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, CITAR QUAL E HÁ QUANTO TEMPO. | |
| 13 | TEM OU TEVE ALGUMA DOENÇA OFTAMOLÓGICA COMO CATARATA, GLAUCOMA, DESCOLAMENTO DE RETINA, CERATOCONE E OUTRAS? POSSUI DEFICIÊNCIA VISUAL MESMO COM O USO DE ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO? | |
| 14 | APRESENTA MIOPIA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O GRAU. | |
| 15 | APRESENTA REDUÇÃO DA AUDIÇÃO? EM CASO AFIRMATIVO ANEXAR ÚLTIMA AUDIOMETRIA REALIZADA. | |
| 16 | É PORTADOR DE REDUÇÃO FUNCIONAL DE ALGUM MEMBRO OU ÓRGÃO DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA. | |
| 17 | JÁ RECEBEU ALGUM TIPO DE INDENIZAÇÃO POR SOCIEDADE SEGURADORA? QUANDO? <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS | |
| 18 | É TRIPULANTE AMADOR OU EXERCE ALGUMA ATIVIDADE EM QUALQUER TIPO DE AERONAVE? PRÁTICA HABITUALMENTE DE FORMA AMADORA OU PROFISSIONAL, ALGUM TIPO DE ESPORTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O TIPO DE ESPORTE E COM QUAL FREQUÊNCIA É PRATICADO. | |
| 19 | <input type="checkbox"/> É FUMANTE <input type="checkbox"/> EX-FUMANTE HÁ QUANTO TEMPO? | |
| 20 | POSSUI OUTROS SEGUROS? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE O VALOR DA COBERTURA E O NOME DA SEGURADORA. <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS | |
| ITEM ESPECIFIQUE (NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC). | | |

ATUALIZAÇÕES

OS PRÊMIOS E OS BENEFÍCIOS SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE PELO IPCA / IBGE

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

"Declaro, para todos os fins, que recebi, li e concordei integralmente com os termos do regulamento do Plano VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre da Porto Seguro Vida e Previdência S/A., situada à Av. Rio Branco, 1.489, CNPJ 58.768.284/0001-40 ora apresentado, que estou contratando. Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei o direito à indenização decorrente do regulamento do Plano PGBL, caso tenha ocorrido omissão de informações que possam ter influenciado na aceitação da proposta, valor da contribuição, benefício e/ou renda, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente de que não haverá cobertura para eventos e doenças preexistentes à contratação deste Plano, conforme previsto no regulamento. Autorizo meu(s) médico(s) assistente(s), a apresentar(em) em meu nome e de meus beneficiários, todas as informações necessárias a liquidação de eventuais sinistros cobertos por este Plano de Previdência Complementar."

IMPORTANTE: O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. "O Participante 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". "A aceitação do plano estará sujeita à análise do risco."

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

IMPORTANTE: Em caso de Responsável não alfabetizado, além da assinatura a rogo, pede-se a assinatura de duas testemunhas.

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (1)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (2)

DECLARAÇÃO DO CORRETOR

"Declaro que o proponente está ciente deste plano e que a Declaração de Saúde e Atividade, bem como a indicação dos beneficiários foram preenchidas de próprio punho pelo Proponente. Segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções".

LOCAL E DATA

ASSINATURA / CARIMBO DO CORRETOR

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE PREVIDÊNCIA INDIVIDUAL E INFANTIL

1. Objetivo do Plano

Previdência Individual

Tem como objetivo, auxiliar na obtenção de Renda Mensal necessária para garantir o padrão de vida desejado no período de aposentadoria.

Previdência Infantil

Tem como objetivo, acumular os recursos necessários para garantir uma Renda Mensal Temporária ao menor. Essa renda geralmente é destinada para o custeio das despesas de educação, porém, pode ser utilizada para realizar outros projetos, como intercâmbio cultural e cursos de extensão profissional. Aumentando a proteção para o futuro dos seus filhos, netos, sobrinhos, afilhados etc.

A participação no Plano Individual ou Infantil divide-se em dois momentos:

* **Período de acumulação:** todos os recursos (contribuições, aportes, transferências de outros planos de previdência já existentes), são atualizados de acordo com o plano escolhido, formando a reserva necessária para obtenção do benefício desejado;

* **Período de concessão do benefício:** quando for atingida a idade de saída escolhida para se aposentar, a reserva acumulada transforma-se efetivamente em renda, sendo possível optar a melhor forma de recebê-la, vide item 3.

2. Quem participa do Plano

Plano Individual

Qualquer pessoa física disposta a aderir aos termos do Regulamento do Plano.

Plano Infantil

Menor (Participante): De 0 a 17 anos a quem se destina a Renda Mensal Temporária, que é o beneficiário das Coberturas Adicionais de Risco (quando contratadas), sempre representado por um responsável; e Responsável: Aquele(a) que representa o menor (podendo ser os pais ou qualquer outra pessoa, desde que maior de idade) e efetua o pagamento das contribuições. Se houver contratação das Coberturas Adicionais de Riscos, destas, o responsável será o Segurado.

3. Modalidades de Renda

Importante: Até 30 (trinta) dias úteis antes da data prevista para concessão da indenização, e a seu único e exclusivo critério, o Segurado poderá solicitar a Seguradora, a alteração da forma de pagamento (da modalidade de renda) da indenização.

* **Renda Mensal Vitalícia:** Renda paga vitaliciamente ao Segurado a partir da data escolhida para concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do Segurado, cessam os pagamentos.

* **Renda Mensal Temporária:** renda paga temporária e exclusivamente ao Segurado a partir da idade de saída escolhida para concessão da indenização no prazo de 1 a 20 anos. Ocorrendo o seu falecimento ou o fim da temporariedade contratada, cessam os pagamentos.

* **Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Beneficiário:** Consiste em uma renda paga por toda a vida ao Participante a partir da data escolhida para concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do Participante durante o recebimento da renda, 50%, 60% ou 70% de seu valor será revertido vitaliciamente ao beneficiário indicado.

* **Renda Mensal Vitalícia com Prazo Mínimo Garantido:** Renda paga vitaliciamente ao Segurado a partir da data escolhida para concessão do benefício, sendo garantida aos beneficiários conforme segue: -o Segurado indica o prazo mínimo de garantia (contado a partir do início de recebimento do benefício). Se durante este período ocorrer o falecimento do Segurado, o benefício será pago aos beneficiários conforme os percentuais indicados na Proposta, até completar o prazo mínimo de garantia definido no momento da inscrição (5, 10, 15 ou 20 anos).

* Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Cônjuge com Continuidade aos Menores:

Consiste em uma renda paga vitaliciamente ao Segurado, reversível ao cônjuge ou companheira(o) após o seu falecimento, e na falta deste, reversível temporariamente ao(s) menor(es) até que completem 24 anos, de acordo com o percentual de reversão estabelecido.

* Renda Mensal por Prazo Certo:

Consiste em uma renda a ser paga por um prazo pré-estabelecido, ao Participante-Assistido, durante o período máximo de 600 (seiscentos) meses.

4. Reserva Matemática de Benefícios a Conceder

Valor da soma das contribuições e aportes líquidos de carregamento, quando for o caso, atualizados monetariamente, constituídos durante o período de contribuição.

5. Reserva Matemática de Benefícios Concedidos

Valor dos compromissos que a Seguradora assumiu com os assistidos (Segurados e/ou Beneficiários) durante o período de pagamento de benefícios (aposentadoria) sob a forma de renda. No período de pagamento de benefício, haverá apuração dos resultados financeiros e reversão de 60% durante o prazo de pagamento do benefício sob a forma de renda, a contar da data da concessão da renda.

6. Tábua Atuarial

Plano Individual

Os benefícios de qualquer Modalidade de Renda serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 0% de juros ao ano MALE e FEMALE.

Plano Infantil

Os benefícios da Renda Mensal Temporária serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 3% de juros ao ano MALE e FEMALE. Os benefícios das demais Modalidades de Renda serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 0% de juros ao ano MALE e FEMALE.

7. Índice de Atualização

As contribuições das coberturas de sobrevivência serão atualizadas anualmente no aniversário do Plano pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

As contribuições e os benefícios das coberturas de risco serão atualizados anualmente no aniversário do Plano pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

8. Taxas Incidentes

* Taxa de Carregamento

Incide sobre o valor das contribuições pagas, contidas no momento resgatado ou portado isentando a rentabilidade.

| Quantidade de Contribuições Pagas | Carregamento |
|-----------------------------------|--------------|
| Até 12 | |
| De 13 a 24 | 10,0% |
| De 25 a 36 | 8,0% |
| De 37 a 48 | 6,0% |
| De 49 a 60 | 4,0% |
| Acima de 61 | 2,0% |
| | 0,0% |

9. Resgate

Direito garantido ao Segurado, cumprida a carência do plano, de obter a restituição do valor destinado às contribuições, devidamente atualizado.

- Taxa de Administração Financeira

Incide sobre o montante da reserva.

| Taxa de Administração Financeira (% sobre o fundo anualmente) | |
|---|------|
| Soberano Renda Fixa | 1,0% |
| Renda Fixa | 1,5% |
| Composto | 2,0% |
| MultiMercado RV 25 | 2,5% |
| MultiMercado RV 45 | 2,5% |

10. Portabilidade

Direito garantido ao Segurado, cumprida a carência do plano, de durante o período de diferimento, transferir a reserva acumulada.

11. Carências

* **Resgate:** O prazo de carência para a primeira solicitação de resgate é de 12 meses, seja parcial ou total. As demais solicitações de resgate (seja parcial ou total) devem cumprir o intervalo mínimo de 6 meses.

* **Portabilidade:** O prazo de carência para a primeira solicitação de portabilidade é de 60 dias, seja parcial ou total. As demais solicitações de portabilidade (seja parcial ou total) devem cumprir o intervalo mínimo de 60 dias.

12. Tipos de Fundos

* **Soberano Renda Fixa:** 100% das aplicações efetuadas em títulos públicos (LTN, LFT, etc). Ideal para investidores com perfil conservador.

* **Renda Fixa:** 100% das aplicações efetuadas em títulos do governo e privados renda fixa (Comodities, CDB, CDI, etc). Ideal para investidores com perfil moderado.

* **Composto Multimercado:** até 49% das aplicações podem ser efetuadas em renda variável (ações) tendo a diferença aplicada em títulos de renda fixa. Ideal para investidores dispostos a aceitar os riscos em renda variável objetivando maiores ganhos a médio e longo prazo.

***Multimercado RV 25:** O fundo buscará manter no mínimo 20% e no máximo 30% do patrimônio em ações, com ponto de equilíbrio de 25%, negociadas no mercado à vista de Bolsa de Valores ou entidade do mercado de balcão organizado e demais valores mobiliários de renda variável. Ações que compõem a carteira do fundo deverão fazer parte do Índice Brasil - IBX50.

***Multimercado RV 45:** O fundo buscará manter no mínimo 40% e no máximo 49% do patrimônio em ações, com ponto de equilíbrio de 45%, negociadas no mercado à vista de Bolsa de Valores ou entidade do mercado de balcão organizado e demais valores mobiliários de renda variável. Ações que compõem a carteira do fundo deverão fazer parte do Índice Brasil - IBX50.

13. Coberturas Adicionais de Risco

Importante: Devido a natureza do regime financeiro de repartição de capitais da cobertura, as coberturas adicionais de risco, não permitem a concessão resgate, saldamento ou devolução de quaisquer contribuições pagas, uma vez que cada contribuição é destinada a custear o risco de pagamento de benefício no período.

* **Renda por Invalidez:** é uma renda mensal vitalícia paga ao Participante em caso de invalidez total e permanente ocorrida durante o período de cobertura. Ocorrendo o falecimento do Participante antes ou após a concessão da renda, o benefício ficará automaticamente cancelado.

* **Renda por Invalidez com Prazo Mínimo Garantido:** é uma renda mensal vitalícia paga ao Participante em caso de invalidez total e permanente. Ocorrendo o falecimento do Participante, após o início do recebimento do benefício, a renda mensal será paga ao(s) beneficiário(s) pelo prazo mínimo garantido (5, 10, 15 ou 20 anos) estipulado pelo próprio Participante, na proporção estabelecida, até que se esgote o referido prazo.

Riscos Excluídos

A indenização não é devida quando a Invalidez Total e Permanente decorrer de:

-doença, lesão ou seqüelas preexistentes à contratação do Plano, não declarada na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do Participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por inadimplência, quando for o caso;

-do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

-de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra

química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;

-direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

-de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

-de ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Participante, de atos ilícitos ou contrários à lei;

-qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

-as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

-de tentativa premeditada de suicídio nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato; e

-choque anafilático e suas conseqüências.

Obs.: Não se considerará como risco excluído a invalidez do Participante proveniente da utilização do meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

* **Pecúlio por Morte:** é o capital pago de uma só vez ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em caso de falecimento do Participante.

* **Pensão por Prazo Certo:** é uma renda mensal paga ao(s) beneficiário(s) por 5, 10, 15 ou 20 anos. Estando os beneficiários em fase de recebimento, toda vez que um deles vier a falecer, será procedido novo rateio do benefício proporcionalmente à participação dos beneficiários remanescentes. Inexistindo beneficiários remanescentes, a renda será paga aos sucessores legítimos, observada a legislação vigente, até o término do prazo certo contratado.

* **Pensão aos Menores:** é uma renda mensal temporária paga ao(s) beneficiário(s) menor(es) de 21 anos, na condição de filho(s) ou dependente(s) econômico(s) para fins de Imposto de Renda do Participante, em caso de morte do Participante. Havendo indicação de mais de um beneficiário, a renda mensal será rateada em partes iguais entre todos e paga até que cada beneficiário atinja 21 anos. Estando os beneficiários em fase de recebimento, toda vez que um deles atingir a idade de 21 anos ou vier a falecer, será procedido novo rateio entre os beneficiários remanescentes. Tendo os beneficiários completado a idade de 21 anos, o benefício estará automaticamente extinto.

* **Pensão ao Cônjuge ou Companheira(o):** é uma renda vitalícia paga mensalmente ao cônjuge ou companheira(o) em caso de falecimento do Participante.

Riscos Excluídos

Não será concedido o benefício de Pecúlio por Morte ou Pensão quando a morte for conseqüência de doença, lesão ou seqüelas preexistentes à contratação do plano, não declarada na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do Participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por inadimplência.

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) - Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades)
Site: www.portoseguro.com.br

Belo Horizonte, 22 de março de 2010.

Ao Supremo Concílio da Igreja Presbiteriana do Brasil – Reunião Ordinária 2010.

Rev. Roberto Brasileiro Silva
MD Presidente do Supremo Concílio IPB

Estimado irmão em Cristo.

No cumprimento de minhas atribuições, encaminho documento anexo para consideração e deliberação da Igreja Presbiteriana do Brasil.

Origem: Sínodo Sul Fluminense – Presbitério de Volta Redonda

Proposta de Aquisição de Previdência Privada

Sendo o que me cumpre, registro meu mais sincero apreço e consideração em Cristo.

Fraternalmente



Rev. Ludgero Bonilha Moraes
Secretário Executivo do Supremo Concílio da
Igreja Presbiteriana do Brasil

PROTOCOLO Nº 190

Destino:

Rev. Roberto Brasileiro
Presidente do SC/IPB

Data: 22/03/2010

| | | |
|---|--|----------------------|
|  <p>IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL</p> | <p>SSF Organizado a 06 de Julho de 1989</p> | <p>SE/SSF</p> |
|---|--|----------------------|

Volta Redonda, 19 de Fevereiro de 2010.

Do: Sínodo Sul Fluminense.

Para: CE – SC/IPB.

A/C: SE Rev. Ludgero Bonilha Moraes.

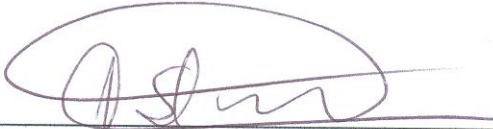
Assunto: Encaminhamento de Documentos.

Amados irmãos.

No estrito cumprimento do dever, encaminho a CE – SC/IPB, o documento anexo (**Proposta de Aquisição de Previdência Privada**), de origem do PRVR, conforme resolução do Sínodo Sul Fluminense em sua XII Reunião Extraordinária.

Fraternalmente,

No Amor de Cristo, Senhor da Igreja.



Presb. Josias Sessa da Silva
Secretário Executivo do SSF.

PRESBITÉRIO DE VOLTA REDONDA

Sínodo Sul Fluminense



Secretária Executiva

DOC 02
TOMA CONHECIMENTO
ANÁLISE O TEOLOGIA
APROVA E
ENCAMINHA
A COMISSÃO EXECUTIVA
CEISC

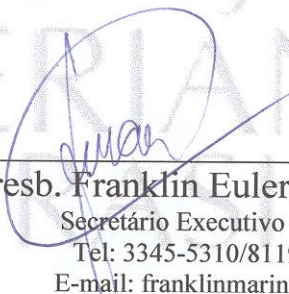
Volta Redonda, 07 de Dezembro de 2009.

Ofício 044/09
Do: SE/PRVR
Para: SE/Sínodo Sul Fluminense
Assunto: Decisão do PRVR

Graça e Paz,

No estrito cumprimento da função, cabe-me informar ao Sínodo Sul Fluminense, decisão do PRVR encaminhando o doc. em anexo, Proposta de Aquisição de Plano de Previdência Privada, para que o SSF tome as devidas providencias.

Deixo-vos o meu abraço fraternal, no amor de Cristo o Senhor da Igreja.



Presb. Franklin Euler Marins
Secretário Executivo do PRVR
Tel: 3345-5310/8119-8764
E-mail: franklinmarins@oi.com.br



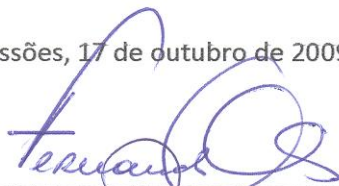
| | | |
|---|--|--|
|  <p>IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL</p> | <p>92ª. RE/PRVR RELATÓRIO</p> | <p>Doc. <u>II</u> Destino: <u>PRVR</u> <u>Jacobina</u> Data: <u>17/10/09</u></p> |
|---|--|--|

RELATÓRIO LEGISLAÇÃO E JUSTIÇA

Quanto ao Doc. 004 oriundo da SEGURADORA PORTO SEGURO através de seu representante corretor: Pedro Ferreira Rodrigues, que trata de proposta para aquisição de previdência privada, o PRVR resolve :

1. Reconhecer a legalidade do documento nos termos do artigo 63 da CI\IPB
2. Encaminhar o referido documento a Secretaria executiva do Sinodo Sul fluminense para devido encaminhamento a SE-SC\IPB, nos termos do mesmo artigo citado.

Sala das sessões, 17 de outubro de 2009.



Rev. Fernando Luiz Fernandes Reis



Rev. Pascoal Cedraz de Miranda

Rev. Jackson Jim de Souza

Presb. Adiel Pereira da Mota

Presb. Ronaldo Hosken Frauches



IGREJA
PRESBITERIANA
DO BRASIL

PRESBITÉRIO DE VOLTA REDONDA

Sínodo Sul Fluminense

Secretária Executiva



DOC. Nº 4

DESTINO CLS

DATA: 17/10/2009

Presidente

Volta Redonda, 17 de Outubro de 2009.

Ofício 038/09

Do: SE/PRVR

Para: PRVR

Assunto: Decisão da CE/PRVR

Graça e Paz,

No estrito cumprimento da função, cabe-me informar a este colendo Conselho, decisão da CE/PRVR encaminhando o doc. em anexo, Proposta de Aquisição de Plano de Previdência Privada, para que o PRVR tome as devidas providencias.

Deixo-vos o meu abraço fraternal, no amor de Cristo o Senhor da Igreja.

Presb. Franklin Euler Marins

Secretário Executivo do PRVR

Tel: 3345-5310/8119-8764

E-mail: franklinmarins@oi.com.br

À

Comissão de Previdência e Saúde da

IGREJA PRESBITERIANA DO BRASIL

a/C

Presbitério Volta Redonda

Apresentamos para apreciação e deliberações por este concílio, proposta para aquisição de plano de previdência privada para pastores, missionários obreiros etc, através da Seguradora PORTO SEGURO, que apresenta excelentes condições de aquisição, administração com atendimento direcionado especificamente para este fim, através de seu corretor Pedro Ferreira Rodrigues.

Nas páginas a seguir apresentamos dados detalhados da proposta bem como lay-out de proposta a ser utilizada em caso de aprovação da mesma.

Esclarecemos que a modalidade apresentada isenta a IPB de responsabilidades com os participantes, a IPB apenas autoriza e indica a aquisição do plano, sendo que a averbação (prospecção) correrá por conta da PORTO SEGURO e seu representante, que também arcará com eventuais despesas decorrentes da divulgação, postagem, e despesas afins.

Certo da vossa atenção ao assunto,



Pedro Ferreira Rodrigues
Corretor/consultor
Susep 20263656

Objetivo:

- *Possibilitar à IPB proporcionar aos pastores, missionários e obreiros a aquisição de forma prática, com menores custos e melhor performance de plano de previdência privada complementar a fim de evitar dificuldades futuras na manutenção dos mesmos e de suas famílias no futuro*

Vantagens do plano Averbado

- *Pode ser feito para pastores, obreiros, leigos e até membros interessados;*
- *Pode ser feito só para pastores;*
- *Pode ser feito só para membros;*
- *Pode ser feito só para alguns;*
- *O participante escolhe as modalidades que desejar desde planos conservadores até os mais agressivos (compostos com partes em ações);*
- *A contribuição de todos participantes totalizada, diminui a taxa de carregamento do plano comparada a um plano individual;*

Taxa de Carregamento:

- *Entre 10% e 0% de acordo com a quantidade de contribuições pagas.*
- *IMPORTANTE: As transferências de Reservas oriundas de outras instituições terão isenção de taxa de carregamento.*

Formas de Tributação

✓ O participante escolhe no momento da contratação qual regime tributário deseja se inscrever (progressivo ou regressivo).

(Lei N° 11.053/2004)

- As contribuições efetuadas ao PGBL são dedutíveis do Imposto de Renda de Pessoa Física, até o limite de 12% de sua renda bruta anual tributável.
- O Imposto de Renda só é cobrado quando ocorre o pagamento de renda ou resgate.
- A alíquota pode chegar a apenas 10% para quem optar pelo regime regressivo, e permanecer no plano por mais de 10 anos.
- Se o plano for VGBL, o imposto incide somente sobre a rentabilidade.

Obs.: Com o advento da Lei 11.053, os resgates efetuados nos planos de previdência privada passam a sofrer a antecipação do IR em 15% durante o regime de competência, independente da faixa de tributação, devendo o participante fazer os ajustes de cotas em sua declaração de IRPF no exercício fiscal subsequente.

Características Gerais:

Da segurança / Da seguradora:

- **Blindagem Total das Reservas Constituídas**

➤ **LEI 6.435 de 15 de julho de 1977;**

CAPÍTULO II – SEÇÃO V Das Operações – Art.16 :

“ Os bens garantidores das reservas técnicas e provisões serão registrados no órgão executivo do Sistema Nacional de Seguros Privados e não poderão ser alienados, prometidos alienar ou de qualquer forma gravados sem sua prévia e expressa autorização, sendo nulas, de pleno direito, quaisquer disposições contrárias ”.

➤ **LEI 11.196, de 21 de novembro de 2005;**

CAPÍTULO XII – Art.78 - § 1º:

“ No caso de falência ou liquidação extrajudicial da entidade aberta de previdência complementar ou da sociedade seguradora, o patrimônio dos fundos não integrará a respectiva massa falida ou liquidanda. “

- **Impenhorabilidade da Reserva**

➤ **Código de Processo Civil – CPC - LEI 5.869 de 11 de janeiro de 1973;**

Art.649 – São absolutamente impenhoráveis:

“ VIII - As pensões, as tenças ou os montepios, percebidos dos cofres públicos, ou de institutos de previdência, bem como os provenientes de liberalidade de terceiro, quando destinados ao sustento do devedor ou da sua família“.

- **Sucessão Patrimonial -Os recursos do plano não estão sujeitos aos processos de inventário (Lei Complementar Nº 109/2001 Art. 73 c/c 10.406/2002 – Código Civil Art. 794)**

Art. 73. As entidades abertas serão reguladas também, no que couber, pela legislação aplicável às sociedades seguradoras.

Art. 794. No seguro de vida ou de acidentes pessoais para o caso de morte, o capital estipulado não está sujeito às dívidas do segurado, nem se considera herança para todos os efeitos de direito.

- ✓ **É possível designar e alterar os beneficiário(s) indicados no plano a qualquer**

momento (Lei Nº 10.406/2002 – Código Civil Art. 791 e 792)

Art. 791. Se o segurado não renunciar à faculdade, ou se o seguro não tiver como causa declarada a garantia de alguma obrigação, é lícita a substituição do beneficiário, por ato entre vivos ou de última vontade.

Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

- **Isso resulta em:**

- **Agilidade no recebimento dos recursos pelo (s) beneficiário(s)**

Economia com tributos, despesas processuais e honorários advocatícios.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS:

- *Emissão de Cobrança Bancária Individual isentando a IPB da cobrança*
- *Emissão de Extratos Individualizados*
- *Possibilidade de consultas em qualquer região do País*
- *Equipe especializada para atendimento individualizado*
- *Planos desenhados de acordo com a necessidade de cada participante*

Idade de ingresso:

- *VGBL/ PGBL - 16 a 75 anos*
- *Planos de coberturas (seguros) – 16 a 64 anos*

Dia de débito:

- *.25 de cada mês*

Maiores informações: Pedro Ferreira Rodrigues

(24) 3324-8681

8811-8681

rodrigues.brad@ig.com.br

rodrigues@businessup.org

Anexo: modelo de proposta para aquisição dos planos.

C.N.P.J. 61.198.164/0001-60

SUSEP Nº 15414.003396/2008-18, 15414.003394/2008-29, 15414.003393/2008-84, 15414.003395/2008-73, 15414.003397/2008-62, 15414.003402/2008-37, 15414.003403/2008-81, 15414.003400/2008-48, 15414.003401/2008-92, 15414.003399/2008-51, SUSEP RISCOS: 15414.003386/2008-82, 15414.003385/2008-38, 15414.003384/2008-93, 15414.003382/2008-02, 15414.003387/2008-27, 15414.003383/2008-49

REGIME TRIBUTÁRIO:

- COMPENSÁVEL** (Tabela Progressiva de Imposto de Renda)
 DEFINITIVO (Tabela Regressiva de Imposto de Renda - Lei nº 11.053/04)

VISUALIZAÇÃO DO EXTRATO:

- SOMENTE PELA INTERNET
 INTERNET E ENVIO TRIMESTRAL PELO CORREIO

DADOS DO PROPONENTE

1. NOME DO TITULAR DO PLANO (NO CASO DE VGBL INFANTIL, NOME DO MENOR)

NOME DO PROPONENTE _____ SEXO M F DATA DE NASCIMENTO _____

ESTADO CIVIL _____ R.G./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ C.P.F. _____

EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DA QUAL É SÓCIO _____ PROFISSÃO EXERCIDA _____ RAMO DE ATIVIDADE _____ Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL _____

TEMPO DE EMPRESA _____ SALÁRIO _____ E-MAIL _____

ANOS _____ MESES _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ U.F. _____ (DDD) TELEFONE RESIDENCIAL _____ TELEFONE CELULAR _____

OBS.: CASO O ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA SEJA DIFERENTE DO ENDEREÇO RESIDENCIAL DO PROPONENTE, FAVOR PREENCHER O CAMPO ABAIXO

ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA _____ Nº _____

COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE _____ U.F. _____ CEP _____ (DDD) TELEFONE _____

2. RESPONSÁVEL (PREENCHIMENTO OBRIGATORIO SOMENTE QUANDO O TITULAR DO PLANO FOR MENOR)

NOME _____ GRAU DE PARENTESCO C/O MENOR _____ SEXO M F

DATA DE NASCIMENTO _____ R.C./DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO _____ ÓRGÃO EMISSOR _____ DATA DE EXPEDIÇÃO _____ ESTADO CIVIL _____ C.P.F. _____

EMPRESA EM QUE TRABALHA OU DA QUAL É SÓCIO _____ PROFISSÃO EXERCIDA _____ RAMO DE ATIVIDADE _____ Nº DO REGISTRO PROFISSIONAL _____

TEMPO DE EMPRESA _____ SALÁRIO _____ E-MAIL _____

ANOS _____ MESES _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL _____ Nº _____ COMPLEMENTO _____

CEP _____ BAIRRO _____ CIDADE _____ U.F. _____ (DDD) TELEFONE _____

DADOS DO CORRETOR

CORRETOR _____ SUSEP _____ % PARTICIPAÇÃO _____ AGENCIADOR _____ CÓDIGO _____ % PARTICIPAÇÃO _____

| BENEFÍCIO | DESCRIÇÃO DOS BENEFÍCIOS | PRAZO | CONTRIBUIÇÃO INICIAL | IDADE DE SAÍDA |
|---|--|---|--|----------------|
| RENTA MENSAL TEMPORÁRIA (EXCLUSIVO PARA VGBL INFANTIL) | | ANOS | | |
| BENEFÍCIO RENDA MENSAL VITALÍCIA (EXCLUSIVO PARA VGBL INDIVIDUAL) | | | CONTRIBUIÇÃO INICIAL | IDADE DE SAÍDA |
| COBERTURAS DE RISCOS (PARA VGBL INDIVIDUAL PODERÃO SER CONTRATADAS TODAS AS COBERTURAS; NO CASO DE VGBL INFANTIL SOMENTE AS COBERTURAS EM DESTAQUE) | | | | |
| BENEFÍCIOS | CONTRIBUIÇÃO | VALOR DO BENEFÍCIO | PRAZO | |
| RENDA POR INVALIDEZ | | | | |
| RENDA POR INVALIDEZ COM PRAZO MÍNIMO GARANTIDO | | | <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS | |
| PENSÃO AO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) | | | | |
| PENSÃO AOS MENORES | | | | |
| PENSÃO POR PRAZO CERTO | | | <input type="checkbox"/> 5 ANOS <input type="checkbox"/> 10 ANOS <input type="checkbox"/> 15 ANOS <input type="checkbox"/> 20 ANOS | |
| PECÚLIO | | | | |
| VALOR DA CONTRIBUIÇÃO PARA RENDA | VALOR SOMATÓRIO DAS CONTRIBUIÇÕES PARA OS RISCOS | VALOR TOTAL DAS CONTRIBUIÇÕES (RENDA + RISCO) | | |

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) (NO CASO DE VGBL INFANTIL, O BENEFICIÁRIO É O MENOR, SOMENTE PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO PARA VGBL INDIVIDUAL)

| NOME | DATA DE NASCIMENTO | CPF | PARENTESCO | BENEFÍCIOS | % |
|------|--------------------|-----|------------|------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |

CASO O BENEFICIÁRIO SEJA OUTRO QUE NÃO O CÔNJUGE OU PARENTE DE 1º GRAU (PAIS, FILHOS OU IRMÃOS), FAVOR JUSTIFICAR A ESCOLHA NO CAMPO DE OBSERVAÇÕES ABAIXO

OBSERVAÇÕES

FORMA DE CONTRIBUIÇÃO

| CHEQUE/DINHEIRO | ADC (AUTORIZ. DÉBITO EM C/C) | CARNÊ | PERIODICIDADE DO PAGAMENTO | |
|---|------------------------------|---|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> MENSAL <input type="checkbox"/> ÚNICA | DATA DO VENCIMENTO _____ |
| 1ª CONTRIBUIÇÃO | | | | |
| DEMAIS CONTRIBUIÇÕES | | | | |
| AUTORIZO O DÉBITO MENSAL NA MINHA CONTA CORRENTE: | | | | |
| BANCO (NOME E NÚMERO) _____ | | CÓDIGO AGÊNCIA _____ | | |
| Nº DA CONTA CORRENTE E DÍGITO _____ | | C.P.F. DO CORRENTISTA/RESPONSÁVEL _____ | | |
| ASSINATURA DO CORRENTISTA _____ | | | | |

ATENÇÃO: O PROPONENTE E O CORRETOR DEVERÃO ASSINAR O VERSO DA PROPOSTA.

1ª VIA - ENTIDADE 2ª VIA - CORRETOR 3ª VIA PARTICIPANTE

É obrigatório o preenchimento dos campos "local e data de preenchimento" pelo proponente e/ou seu representante legal ou, ainda, pelo corretor de seguros, pois, caso contrário, para efeito de preenchimento dos referidos campos, será acatada como data de preenchimento a data do protocolo na Seguradora.

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ATIVIDADE - Obrigatório preenchimento de próprio punho
Quando a resposta das questões abaixo forem afirmativas, será necessário informar detalhes no campo específico, situado ao término das questões.

| ITEM | DESCRIÇÃO | PREENCHER "S" SIM OU "N" NÃO |
|--|--|------------------------------------|
| 1 | ÚLTIMA TOMADA DE PRESSÃO ARTERIAL IDADE ANOS ALTURA m PESO DATA MÁX. MIN. | |
| 2 | É APOSENTADO(A)? <input type="checkbox"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="checkbox"/> IDADE <input type="checkbox"/> POR INVALIDEZ | |
| 3 | ESTÁ OU ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS, POR DOENÇA OU ACIDENTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA O PERÍODO E O MOTIVO. | |
| 4 | SOFRE DE ALGUMA DOENÇA ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL É E HÁ QUANTO TEMPO SOFRE. | |
| 5 | ENCONTRA-SE EM TRATAMENTO MÉDICO NO MOMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL. | |
| 6 | SOFRE OU JÁ SOFREU DE ALGUM EPISÓDIO DE PRESSÃO ARTERIAL AUMENTADA? FOI MEDICADO(A) ? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA E MEDICAMENTO. | |
| 7 | SOFRE DE DIABETES? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA DE QUAL TIPO E SE FAZ USO DE ALGUM MEDICAMENTO / TRATAMENTO(ESPECIFICAR). | |
| 8 | JÁ REALIZOU EXAMES QUE TENHAM APRESENTADO RESULTADOS ALTERADOS, TAIS COMO RESSÔNANCIA MAGNÉTICA, RX, TOMOGRAFIA, BIÓPSIA, ULTRASSONOGRAFIA, ENDOSCOPIA, EXAMES DE SANGUE OU QUALQUER OUTRO? EM CASO AFIRMATIVO, ANEXAR OS RESULTADOS DOS EXAMES. | |
| 9 | JÁ FOI SUBMETIDO A INTERNAÇÃO HOSPITALAR? CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA A DATA, MOTIVO E TRATAMENTO REALIZADO. | |
| 10 | JÁ REALIZOU QUIMIOTERAPIA, RADIOTERAPIA OU COBALTOTERAPIA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL, POR QUE E A DATA INICIAL. | |
| 11 | VOCÊ JÁ FEZ TRATAMENTO, RECEBEU MEDICAÇÃO OU ESTEVE INTERNADO PELO USO EXCESSIVO DE ÁLCOOL NOS ÚLTIMOS 5 ANOS? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLARECER O TRATAMENTO. | |
| 12 | FAZ USO ROTINEIRO DE ALGUM MEDICAMENTO? EM CASO AFIRMATIVO, CITAR QUAL E HÁ QUANTO TEMPO. | |
| 13 | TEM OU TEVE ALGUMA DOENÇA OFTAMOLÓGICA COMO CATARATA, GLAUCOMA, DESCOLAMENTO DE RETINA, CERATOCONE E OUTRAS? POSSUI DEFICIÊNCIA VISUAL MESMO COM O USO DE ÓCULOS OU LENTES DE CONTATO? | |
| 14 | APRESENTA MIOPIA, ASTIGMATISMO E HIPERMETROPIA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O GRAU. | |
| 15 | APRESENTA REDUÇÃO DA AUDIÇÃO? EM CASO AFIRMATIVO ANEXAR ÚLTIMA AUDIOMETRIA REALIZADA. | |
| 16 | É PORTADOR DE REDUÇÃO FUNCIONAL DE ALGUM MEMBRO OU ÓRGÃO DECORRENTE DE ACIDENTE OU DOENÇA? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA. | |
| 17 | JÁ RECEBEU ALGUM TIPO DE INDENIZAÇÃO POR SOCIEDADE SEGURADORA? QUANDO? <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS | |
| 18 | É TRIPULANTE AMADOR OU EXERCE ALGUMA ATIVIDADE EM QUALQUER TIPO DE AERONAVE? PRÁTICA HABITUALMENTE DE FORMA AMADORA OU PROFISSIONAL, ALGUM TIPO DE ESPORTE? EM CASO AFIRMATIVO, ESCLAREÇA QUAL O TIPO DE ESPORTE E COM QUAL FREQUÊNCIA É PRATICADO | |
| 19 | <input type="checkbox"/> É FUMANTE <input type="checkbox"/> EX-FUMANTE HÁ QUANTO TEMPO? | |
| 20 | POSSUI OUTROS SEGUROS? EM CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE O VALOR DA COBERTURA E O NOME DA SEGURADORA. <input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> VIDA <input type="checkbox"/> ACIDENTES PESSOAIS | |
| ITEM ESPECIFIQUE (NOME DA CIRURGIA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, PERÍODO, SEGURADORA E ETC). | | |

ATUALIZAÇÕES

OS PRÊMIOS E OS BENEFÍCIOS SERÃO ATUALIZADOS ANUALMENTE PELO IPCA / IBGE

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

"Declaro, para todos os fins, que recebi, li e concordei integralmente com os termos do regulamento do Plano VGBL - Vida Gerador de Benefício Livre da Porto Seguro Vida e Previdência S/A., situada à Av. Rio Branco, 1.489, CNPJ 58.768.284/0001-40 ora apresentado, que estou contratando. Declaro ainda que as informações por mim prestadas, e que fazem parte integrante desta proposta, correspondem com a verdade, estando plenamente ciente e de acordo que perderei o direito à indenização decorrente do regulamento do Plano PGBL, caso tenha ocorrido omissão de informações que possam ter influenciado na aceitação da proposta, valor da contribuição, benefício e/ou renda, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro. Estou ciente de que não haverá cobertura para eventos e doenças preexistentes à contratação deste Plano, conforme previsto no regulamento. Autorizo meu(s) médico(s) assistente(s), a apresentar(em) em meu nome e de meus beneficiários, todas as informações necessárias a liquidação de eventuais sinistros cobertos por este Plano de Previdência Complementar."

IMPORTANTE: O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.

"O Participante 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."

"A aceitação do plano estará sujeita à análise do risco."

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE

IMPORTANTE: Em caso de Responsável não alfabetizado, além da assinatura a rogo, pede-se a assinatura de duas testemunhas.

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (1)

ASSINATURA DA TESTEMUNHA (2)

DECLARAÇÃO DO CORRETOR

"Declaro que o proponente está ciente deste plano e que a Declaração de Saúde e Atividade, bem como a indicação dos beneficiários foram preenchidas de próprio punho pelo Proponente. Segundo meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções".

LOCAL E DATA

ASSINATURA / CARIMBO DO CORRETOR

PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DOS PLANOS DE PREVIDÊNCIA INDIVIDUAL E INFANTIL

1. Objetivo do Plano

Previdência Individual

Tem como objetivo, auxiliar na obtenção de Renda Mensal necessária para garantir o padrão de vida desejado no período de aposentadoria.

Previdência Infantil

Tem como objetivo, acumular os recursos necessários para garantir uma Renda Mensal Temporária ao menor. Essa renda geralmente é destinada para o custeio das despesas de educação, porém, pode ser utilizada para realizar outros projetos, como intercâmbio cultural e cursos de extensão profissional. Aumentando a proteção para o futuro dos seus filhos, netos, sobrinhos, afilhados etc.

A participação no Plano Individual ou Infantil divide-se em dois momentos:

* **Período de acumulação:** todos os recursos (contribuições, aportes, transferências de outros planos de previdência já existentes), são atualizados de acordo com o plano escolhido, formando a reserva necessária para obtenção do benefício desejado;

* **Período de concessão do benefício:** quando for atingida a idade de saída escolhida para se aposentar, a reserva acumulada transforma-se efetivamente em renda, sendo possível optar a melhor forma de recebê-la, vide item 3.

2. Quem participa do Plano

Plano Individual

Qualquer pessoa física disposta a aderir aos termos do Regulamento do Plano.

Plano Infantil

Menor (Participante): De 0 a 17 anos a quem se destina a Renda Mensal Temporária, que é o beneficiário das Coberturas Adicionais de Risco (quando contratadas), sempre representado por um responsável; e **Responsável:** Aquele(a) que representa o menor (podendo ser os pais ou qualquer outra pessoa, desde que maior de idade) e efetua o pagamento das contribuições. Se houver contratação das Coberturas Adicionais de Riscos, destas, o responsável será o Segurado.

3. Modalidades de Renda

Importante: Até 30 (trinta) dias úteis antes da data prevista para concessão da indenização, e a seu único e exclusivo critério, o Segurado poderá solicitar a Seguradora, a alteração da forma de pagamento (da modalidade de renda) da indenização.

* **Renda Mensal Vitalícia:** Renda paga vitaliciamente ao Segurado a partir da data escolhida para concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do Segurado, cessam os pagamentos.

* **Renda Mensal Temporária:** renda paga temporária e exclusivamente ao Segurado a partir da idade de saída escolhida para concessão da indenização no prazo de 1 a 20 anos. Ocorrendo o seu falecimento ou o fim da temporariedade contratada, cessam os pagamentos.

* **Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Beneficiário:** Consiste em uma renda paga por toda a vida ao Participante a partir da data escolhida para concessão do benefício. Ocorrendo o falecimento do Participante durante o recebimento da renda, 50%, 60% ou 70% de seu valor será revertido vitaliciamente ao beneficiário indicado.

* **Renda Mensal Vitalícia com Prazo Mínimo Garantido:** Renda paga vitaliciamente ao Segurado a partir da data escolhida para concessão do benefício, sendo garantida aos beneficiários conforme segue: -o Segurado indica o prazo mínimo de garantia (contado a partir do início de recebimento do benefício). Se durante este período ocorrer o falecimento do Segurado, o benefício será pago aos beneficiários conforme os percentuais indicados na Proposta, até completar o prazo mínimo de garantia definido no momento da inscrição (5, 10, 15 ou 20 anos).

* Renda Mensal Vitalícia Reversível ao Cônjuge com Continuidade aos Menores:

Consiste em uma renda paga vitaliciamente ao Segurado, reversível ao cônjuge ou companheira(o) após o seu falecimento, e na falta deste, reversível temporariamente ao(s) menor(es) até que completem 24 anos, de acordo com o percentual de reversão estabelecido.

* Renda Mensal por Prazo Certo:

Consiste em uma renda a ser paga por um prazo pré-estabelecido, ao Participante-Assistido, durante o período máximo de 600 (seiscentos) meses.

4. Reserva Matemática de Benefícios a Conceder

Valor da soma das contribuições e aportes líquidos de carregamento, quando for o caso, atualizados monetariamente, constituídos durante o período de contribuição.

5. Reserva Matemática de Benefícios Concedidos

Valor dos compromissos que a Seguradora assumiu com os assistidos (Segurados e/ou Beneficiários) durante o período de pagamento de benefícios (aposentadoria) sob a forma de renda. No período de pagamento de benefício, haverá apuração dos resultados financeiros e reversão de 60% durante o prazo de pagamento do benefício sob a forma de renda, a contar da data da concessão da renda.

6. Tábua Atuarial

Plano Individual

Os benefícios de qualquer Modalidade de Renda serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 0% de juros ao ano MALE e FEMALE.

Plano Infantil

Os benefícios da Renda Mensal Temporária serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 3% de juros ao ano MALE e FEMALE. Os benefícios das demais Modalidades de Renda serão calculados com base na Tábua Atuarial AT 2000 + 0% de juros ao ano MALE e FEMALE.

7. Índice de Atualização

As contribuições das coberturas de sobrevivência serão atualizadas anualmente no aniversário do Plano pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

As contribuições e os benefícios das coberturas de risco serão atualizados anualmente no aniversário do Plano pela variação do IPCA/IBGE (Índice de Preços ao Consumidor Amplo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística).

8. Taxas Incidentes

* Taxa de Carregamento

Incide sobre o valor das contribuições pagas, contidas no momento resgatado ou portado isentando a rentabilidade.

| Quantidade de Contribuições Pagas | Carregamento |
|-----------------------------------|--------------|
| Até 12 | 10,0% |
| De 13 a 24 | 8,0% |
| De 25 a 36 | 6,0% |
| De 37 a 48 | 4,0% |
| De 49 a 60 | 2,0% |
| Acima de 61 | 0,0% |

9. Resgate

Direito garantido ao Segurado, cumprida a carência do plano, de obter a restituição do valor destinado às contribuições, devidamente atualizado.

- Taxa de Administração Financeira

Incide sobre o montante da reserva.

| Taxa de Administração Financeira (% sobre o fundo anualmente) | |
|---|------|
| Soberano Renda Fixa | 1,0% |
| Renda Fixa | 1,5% |
| Composto | 2,0% |
| MultiMercado RV 25 | 2,5% |
| MultiMercado RV 45 | 2,5% |

10. Portabilidade

Direito garantido ao Segurado, cumprida a carência do plano, de durante o período de diferimento, transferir a reserva acumulada.

11. Carências

* **Resgate:** O prazo de carência para a primeira solicitação de resgate é de 12 meses, seja parcial ou total. As demais solicitações de resgate (seja parcial ou total) devem cumprir o intervalo mínimo de 6 meses.

* **Portabilidade:** O prazo de carência para a primeira solicitação de portabilidade é de 60 dias, seja parcial ou total. As demais solicitações de portabilidade (seja parcial ou total) devem cumprir o intervalo mínimo de 60 dias.

12. Tipos de Fundos

* **Soberano Renda Fixa:** 100% das aplicações efetuadas em títulos públicos (LTN, LFT, etc). Ideal para investidores com perfil conservador.

* **Renda Fixa:** 100% das aplicações efetuadas em títulos do governo e privados renda fixa (Comodities, CDB, CDI, etc). Ideal para investidores com perfil moderado.

* **Composto Multimercado:** até 49% das aplicações podem ser efetuadas em renda variável (ações) tendo a diferença aplicada em títulos de renda fixa. Ideal para investidores dispostos a aceitar os riscos em renda variável objetivando maiores ganhos a médio e longo prazo.

* **Multimercado RV 25:** O fundo buscará manter no mínimo 20% e no máximo 30% do patrimônio em ações, com ponto de equilíbrio de 25%, negociadas no mercado à vista de Bolsa de Valores ou entidade do mercado de balcão organizado e demais valores mobiliários de renda variável. Ações que compõem a carteira do fundo deverão fazer parte do Índice Brasil - IBX50.

* **Multimercado RV 45:** O fundo buscará manter no mínimo 40% e no máximo 49% do patrimônio em ações, com ponto de equilíbrio de 45%, negociadas no mercado à vista de Bolsa de Valores ou entidade do mercado de balcão organizado e demais valores mobiliários de renda variável. Ações que compõem a carteira do fundo deverão fazer parte do Índice Brasil - IBX50.

13. Coberturas Adicionais de Risco

Importante: Devido a natureza do regime financeiro de repartição de capitais da cobertura, as coberturas adicionais de risco, não permitem a concessão resgate, saldamento ou devolução de quaisquer contribuições pagas, uma vez que cada contribuição é destinada a custear o risco de pagamento de benefício no período.

* **Renda por Invalidez:** é uma renda mensal vitalícia paga ao Participante em caso de invalidez total e permanente ocorrida durante o período de cobertura. Ocorrendo o falecimento do Participante antes ou após a concessão da renda, o benefício ficará automaticamente cancelado.

* **Renda por Invalidez com Prazo Mínimo Garantido:** é uma renda mensal vitalícia paga ao Participante em caso de invalidez total e permanente. Ocorrendo o falecimento do Participante, após o início do recebimento do benefício, a renda mensal será paga ao(s) beneficiário(s) pelo prazo mínimo garantido (5, 10, 15 ou 20 anos) estipulado pelo próprio Participante, na proporção estabelecida, até que se esgote o referido prazo.

Riscos Excluídos

A indenização não é devida quando a Invalidez Total e Permanente decorrer de:

-doença, lesão ou seqüelas preexistentes à contratação do Plano, não declarada na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do Participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por inadimplência, quando for o caso;

-do uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

-de atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra

química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações de ordem pública e delas decorrentes;

-direta ou indireta de quaisquer alterações mentais conseqüentes do uso do álcool, de drogas, de entorpecentes ou de substâncias tóxicas;

-de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;

-de ato reconhecidamente perigoso, que não seja motivado por necessidade justificada e a prática, por parte do Participante, de atos ilícitos ou contrários à lei;

-qualquer tipo de hérnia e suas conseqüências;

-as perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, drogas ou medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;

-de tentativa premeditada de suicídio nos primeiros 24 (vinte e quatro) meses de vigência do contrato; e

-choque anafilático e suas conseqüências.

Obs.: Não se considerará como risco excluído a invalidez do Participante proveniente da utilização do meio de transporte mais arriscado, da prestação de serviço militar, da prática de esporte, ou de atos de humanidade em auxílio de outrem.

* **Pecúlio por Morte:** é o capital pago de uma só vez ao(s) beneficiário(s) indicado(s), em caso de falecimento do Participante.

* **Pensão por Prazo Certo:** é uma renda mensal paga ao(s) beneficiário(s) por 5, 10, 15 ou 20 anos. Estando os beneficiários em fase de recebimento, toda vez que um deles vier a falecer, será procedido novo rateio do benefício proporcionalmente à participação dos beneficiários remanescentes. Inexistindo beneficiários remanescentes, a renda será paga aos sucessores legítimos, observada a legislação vigente, até o término do prazo certo contratado.

* **Pensão aos Menores:** é uma renda mensal temporária paga ao(s) beneficiário(s) menor(es) de 21 anos, na condição de filho(s) ou dependente(s) econômico(s) para fins de Imposto de Renda do Participante, em caso de morte do Participante. Havendo indicação de mais de um beneficiário, a renda mensal será rateada em partes iguais entre todos e paga até que cada beneficiário atinja 21 anos. Estando os beneficiários em fase de recebimento, toda vez que um deles atingir a idade de 21 anos ou vier a falecer, será procedido novo rateio entre os beneficiários remanescentes. Tendo os beneficiários completado a idade de 21 anos, o benefício estará automaticamente extinto.

* **Pensão ao Cônjuge ou Companheira(o):** é uma renda vitalícia paga mensalmente ao cônjuge ou companheira(o) em caso de falecimento do Participante.

Riscos Excluídos

Não será concedido o benefício de Pecúlio por Morte ou Pensão quando a morte for conseqüência de doença, lesão ou seqüelas preexistentes à contratação do plano, não declarada na proposta de inscrição e comprovadamente de conhecimento do Participante, ou decorrente de evento gerador ocorrido durante o período de suspensão da cobertura por inadimplência.

SAC: 0800 727 2746 (informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) - Atendimento Vida e Previdência: 3366-3377 (Gde. São Paulo) - 0800 727 9393 (Demais Localidades)

Site: www.portoseguro.com.br