**Dados Cadastrais**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código (Para uso exclusivo da Unimed Seguradora) | | | | Tipo de cadastro  Cadastro novo  Reativação | | | | |
| Nome | | | | | | Recolher INSS  SIM  NÃO (requer envio da declaração) | | |
| CPF | | RG | | | | Nº do PIS ou Matrícula do INSS | | |
| SUSEP | Data de nascimento    /  / | | | | Inscrição Municipal (CCM) | | | |
| Endereço Residencial | | | | | | | | |
| Bairro | | | CEP | | Cidade | | | Estado |
| Endereço de correspondência | | | | | | | | |
| Bairro | | | CEP | | Cidade | | | Estado |
| DDD e Telefone | | DDD e Telefone 2 | | | | | DDD e Telefone Celular | |
| E-mail | | | | | | | | |
| E-mail para Envio de Sinistro | | | | | | | | |

**Dados Bancários**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Número do Banco | Nome do Banco | Agência | Conta Corrente | Dígito |

**Documentação obrigatória**

|  |
| --- |
| Relação de documentos Cópia do RG  Cópia do CPF  Cópia da Inscrição Municipal (CCM), se houver  Termo de Responsabilidade do Produtor  Título de Habilitação Profissional – SUSEP  Cópia do Comprovante dos Dados Bancários (cartão, cheque ou extrato)  Comprovante de Residência Recente  Cópia do PIS ou Matrícula do INSS  Declaração de não retenção de INSS |

**Outras Informações**

Principais seguradoras em que atua:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Principais Ramos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui algum familiar, parente ou amigo que trabalhe na Companhia? **Sim:  Não:**

Em caso afirmativo informar o nome e o grau de relacionamento:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pendências Judicias? **Sim:  Não:**  Em caso afirmativo informar quais:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Declaração de Pessoa Politicamente Exposta**  PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA (PPE)? **Sim:  Não:**  Em caso afirmativo, informar nome da PPE e seu enquadramento, com base na Circular Susep nº 445/2012 - Art 4º, § 1º (\*):    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***(\*) Circular Susep nº 445/2012 - Art 4º: Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos cinco anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.*** |
| Declaro que as informações prestadas são a expressão da verdade, comprometendo-me a informar à Seguradora qualquer alteração, especialmente com relação à condição de Pessoa Politicamente Exposta (PPE). |

|  |
| --- |
| **Recuperação de Comissão/Agenciamento/Pró-labore**  Declaro que estou ciente que a Seguros Unimed (ou empresas do grupo Seguros Unimed ou Cia.) dispõe de regras especificas de recuperação de agenciamento, comissão e pró-labore para cada produto. |

|  |
| --- |
| **Importante:**  Informamos que a falta de emissão do documento fiscal, caracteriza omissão de receita ou de rendimentos, sujeitos as penalizações conforme legislação vigente. (Lei nº 8.846 de 21 de janeiro de 1994 - artºs 2º e 5º). |

**Observações**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Aceitação**

|  |  |
| --- | --- |
| Local e data  Clique aqui para inserir uma data. | Assinatura do responsável legal pela corretora |

**ER Vinculado – Para Uso Exclusivo da Seguradora**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Escritório Regional | Código do Executivo - Vida/PP/Ramos Elementares | Código do Executivo – Saúde/Odonto |