**Dados Cadastrais**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Código (Para uso exclusivo da Seguradora) | | Tipo de cadastro  Cadastro novo  Reativação | | | | | | |
| Razão Social | | | | | | | | |
| CNPJ | | Simples Nacional  SIM (requer envio de declaração)  NÃO | | | | Alíquota de ISS        % | | |
| SUSEP | | | Inscrição Municipal (CCM) | | | | | |
| Endereço Comercial | | | | | | | | |
| Bairro | | CEP | | | Cidade | | | Estado |
| Endereço de Correspondência | | | | | | | | |
| Bairro | | CEP | | | Cidade | | | Estado |
| DDD e Telefone | DDD e Telefone 2 | | | Contato (nome) | | | DDD e Telefone Celular | |
| E-mail de contato | | | | | | | | |
| E-mail para Envio de Sinistro | | | | | | | | |

**Dados Bancários**

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

**Documentação obrigatória**

|  |
| --- |
| Relação de documentos: Termo de Responsabilidade do Produtor  Cópia do Contrato Social e sua última Alteração Contratual  Cópia do cartão CNPJ  Cópia da Inscrição Municipal (CCM)  Cópia do Comprovante de Recolhimento de Contribuição Sindical do ano vigente  Cópia do Título de Habilitação Profissional – SUSEP  Cópia do Comprovante dos Dados Bancários (cartão, cheque ou extrato). A conta deverá pertence à mesma Razão Social e CNPJ que a corretora cadastrada.  Declaração de optante por Simples Nacional, se for o caso. |

**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  Clique aqui para digitar texto. | Código do Executivo - Vida/PP/Ramos Elementares | Código do Executivo – Saúde/Odonto |