

IDENTIFICAÇÃO DO CORRETOR

Nome Completo: _____
RG: _____ Órgão Emissor: _____
CPF: _____ Código da SUSEP: _____

ENDEREÇO

Endereço: _____
Bairro: _____ CEP: _____
Cidade: _____ UF: _____
Tel: (____) _____ Cel: (____) _____ Fax: (____) _____
Email: _____ Home Page: _____

DADOS ADICIONAIS

INSS: SIM () NÃO () Inscrição INSS: _____
Inscrição PIS: _____ Nº dependentes IR: _____

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.

CONTA CORRENTE PARA PAGAMENTO DE COMISSÃO

Banco: _____ Nº Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____

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).

DATA

ASSINATURA DO CORRETOR

OBSERVAÇÕES:

- (1) TODOS OS CAMPOS DESTE FORMULÁRIO DEVEM ESTAR PREENCHIDOS COM AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS OU, NA INEXISTÊNCIA DESSAS, COM O TERMO “NADA A DECLARAR”.
- (2) CASO O ESPAÇO NÃO SEJA SUFICIENTE PARA O PREENCHIMENTO DAS INFORMAÇÕES, É POSSÍVEL ANEXÁ-LAS.
- (3) QUALQUER ALTERAÇÃO DOS DADOS CADASTRAIS DEVERÁ SER COMUNICADA A ESTA SEGURADORA ATRAVÉS DO PREENCHIMENTO DE UMA NOVA FICHA DE CADASTRO.
- (4) O FORMULÁRIO DE CADASTRO E O TERMO DE RESPONSABILIDADE DEVERÃO ESTAR ASSINADOS E, SE POSSÍVEL, CARIMBADOS.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS AO CADASTRO:

- Ficha cadastral preenchida e assinada.
- Cópia do RG e CPF.
- Registro SUSEP (comprovar atualização do cadastro).
- Cópia de comprovante de residência.
- Registro do ISS.
- Cartão de Inscrição do INSS e último comprovante de pagamento.
- Cartão de Inscrição do PIS.
- Comprovante de conta corrente em nome do corretor.
- Termo de responsabilidade assinado, em anexo.
- Declaração de “Não Retenção de Contribuição Previdenciária (INSS)” em anexo, se aplicável.
- Comprovante de recolhimento do ISS como autônomo no município do local do domicílio do corretor.

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, o CORRETOR cadastrado junto à Esson Seguros S.A. (SEGURADORA) para a atividade de angariação de interessados em participar dos Seguros da SEGURADORA declara que:

- Compromete-se a atuar em estreita observância com as regras legais e as regras comerciais da SEGURADORA, responsabilizando-se judicial e extrajudicialmente por quaisquer violações do Código de Defesa do Consumidor decorrentes de práticas que venham a iludir os clientes e subscritores quanto aos verdadeiros objetivos dos produtos subscritos.
- Responsabiliza-se por sua atuação perante os clientes, comprometendo-se a manter a SEGURADORA informada sobre os locais onde está atuando e sobre quaisquer fatos ou ocorrências ligadas à SEGURADORA, sob pena de responder pela omissão de informações relevantes.
- Sob as penas da legislação em vigor, está de acordo com as normas específicas de Seguro, em especial, com o disposto na Circular SUSEP 445/2012 e na Lei nº. 9.613/1998, relacionadas à prevenção e combate dos crimes de “lavagem” ou ocultação de bens, direitos e valores, ou que com eles possam relacionar-se.
- Compromete-se a não cometer, autorizar ou permitir qualquer prática que possa causar à SEGURADORA violação de qualquer regulamento anticorrupção ou anti-suborno, seja de forma direta ou indireta. Compromete-se também a prontamente notificar à SEGURADORA, na hipótese que venha a tomar conhecimento ou suspeitar de qualquer prática de corrupção como recompensa da negociação dos produtos da SEGURADORA.

DAS INCIDÊNCIAS FISCAIS E OBRIGAÇÕES CORRELACIONADAS AOS TRIBUTOS

São de responsabilidade exclusiva do CORRETOR e da SEGURADORA todos os encargos fiscais municipais, estaduais e federais que venham a recair sobre os serviços prestados por si, ou contratados, ou em decorrência dos mesmos, respectivamente, na conformidade que as respectivas legislações assim atribuem ou venham a atribuir.

O CORRETOR obriga-se a:

- Fornecer os respectivos RPA (Recibo Provisório de Autônomo) disponibilizados pela SEGURADORA e assinados pelo CORRETOR.
- Atender a todas as obrigações principais e acessórias ou complementares estabelecidas pela legislação.
- Encaminhar à SEGURADORA o comprovante de recolhimento do ISS como autônomo no município do local do domicílio do CORRETOR. Na ausência de tal comprovante, a SEGURADORA fará a retenção do ISS pela alíquota determinada pela legislação municipal da cidade do Rio de Janeiro (5% ou percentual pela qual venha a ser atualizada).

Rubrica/Assinatura do Corretor: _____

O CORRETOR declara estar ciente que:

- A SEGURADORA reterá o Imposto de Renda e outros tributos federais incidentes ou que venham a incidir, cujo CORRETOR seja o contribuinte e/ou devedor.
- A SEGURADORA reterá o valor de INSS da parte do CORRETOR, caso este não apresente a “Declaração de opção para a não retenção de contribuição previdenciária”, na forma do Art.64 da Instrução Normativa RFB nº 971, de 13 de novembro de 2009, ou legislação superveniente.
- A SEGURADORA não fará nenhum pleito em nome do CORRETOR junto à Fazenda Municipal de qualquer dos municípios, inclusive do Município do Rio de Janeiro, de devolução ou qualquer outra forma de compensação de créditos de ISS.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Corretor

DECLARAÇÃO DE OPÇÃO PARA A NÃO RETENÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA

À ESSOR SEGUROS S.A.

Rua Visconde de Inhaúma, 83 – 18º andar– Centro

Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20091-007

Declaro para os devidos fins que, de acordo com a Lei nº 10.666/2003 e Instrução Normativa 971 de 13/11/2009, a empresa _____, inscrita no CNPJ nº _____, a partir desta data ficará responsável pela retenção da contribuição previdenciária devida para o Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, incidente sobre o limite máximo do salário de contribuição mensal, não havendo valor adicional a ser descontado por esta empresa, estando ciente de que, havendo qualquer alteração nesta informação prestada, deverei comunicar por escrito a nova situação.

Declaro também que as informações contidas neste documento correspondem à expressão da verdade e o que o mesmo está em conformidade com a Lei nº 10.666/2003 e Instrução Normativa 971 de 13/11/2009, e que a falsidade de qualquer informação será de minha inteira responsabilidade.

*Esta declaração é válida para o período de _____ até _____.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome do contribuinte: _____

INSS / PIS-PASEP: _____

CPF: _____

Assinatura com Firma Reconhecida

***Nota: O mês e ano de término da validade devem estar enquadrados dentro do ano fiscal da declaração.**