

**FICHA DE CADASTRO DE PARCEIROS - Pessoa Física / Jurídica**
 Agenciador
  Colaborador
  Corretor de Seguros
  Prolaborista
  Assessoria


SOMPO SEGUROS



SOMPO SAÚDE

**DADOS CADASTRAIS**

<b>Filial (inspetoria):</b>		<b>Executivo (inspetor):</b>		<b>Sucursal:</b>	
<b>Razão Social / Nome:</b>					
<b>CNPJ / CPF:</b>		<b>Insc. Municipal:</b>		<b>Empresa optante pelo Simples Nacional?</b>	
<b>Endereço de correspondência:</b>				<b>Número:</b>	<b>Complemento:</b>
<b>CEP:</b>	<b>Bairro:</b>		<b>Cidade:</b>		<b>UF:</b>
<b>Telefone fixo:</b>		<b>Telefone celular:</b>		<b>E-mail:</b>	

**Possui parentesco com algum funcionário da Cia?** **Nome e Departamento:**

**ENVIO DE KITS DE APÓLICES****Via do segurado:****DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA CADASTRO (Cópia Simples)****Lista de documentos Corretor – Lista geral**

<b>Pessoa Física</b>	<b>Pessoa Jurídica</b>
Inscrição Municipal (ISS)	Inscrição Municipal (ISS) e Cadastramento da Prefeitura (se estabelecida fora do município)
Inscrição INSS ou Cartão do PIS	Comprovante Bancário da Conta Corrente em nome da corretora (Cópia de Cheque, Cartão ou Cabeçalho do Extrato)
Termo de Concordância	Cópia da Nota Fiscal Municipal onde consta N° AIDF (obrigatório para empresas de Goiânia)
Comprovante Bancário da Conta Corrente em nome do corretor (Cópia de Cheque, Cartão ou Cabeçalho do Extrato)	Guia e Comprovante de Pagamento da Contribuição Sindical (do ano vigente – Obrigatórios se não for optante do Simples Nacional)
Declaração do INSS	Empresa LTDA - Contrato Social e última alteração consolidada
Guia e Comprovante de Pagamento da Contribuição Sindical (do ano vigente)	Empresa SA – Estatuto / última Ata de Assembléia e Última Ata de Eleição de Diretoria
MEI (Obrigatório para MICRO EMPREENDEDOR INDIVIDUAL)	

**Lista de documentos Assessoria**

<b>Pessoa Física</b>	<b>Pessoa Jurídica</b>
Todos documentos da lista geral	Todos documentos da lista geral
Comprovante de endereço	Declaração RF Empresas S/ Fins Lucrativos

**Lista de documentos Prolaborista**

<b>Pessoa Física</b>	<b>Pessoa Jurídica</b>
Não é permitido	Todos documentos da lista geral

**Principais Administradores/ Sócios e Procuradores possuem enquadramento de Pessoa Exposta Politicamente?**

Definição: 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).

**Se “Sim”, informar nome:****CPF:**

Todas as informações cadastrais prestadas neste formulário são de responsabilidade do Agenciador, Colaborador, Corretor, Prolaborista e Assessoria, devendo o mesmo comunicar a Cia em até 30 dias, toda e qualquer alteração de dados cadastrais, fiscais e bancários, encaminhando cópia dos documentos solicitados. Está ciente que a entrega deste formulário e documentos é obrigatória e que a efetivação será realizada após análise da unidade responsável.

<b>Local e data:</b>	<b>Assinatura do solicitante técnico responsável:</b>
----------------------	---

## DECLARAÇÃO DE OPÇÃO DE CONTRIBUIÇÃO PREVIDENCIÁRIA – INSS DE ACORDO COM A LEI Nº 10.666/03 E INSTRUÇÃO NORMATIVA 971, art.64, §1º, alterada em 13/11/2009

Endereço para Encaminhamento das Declarações: Rua Cubatão, 320 Paraíso - São Paulo – Cep: 04013-001

Declaro que, de acordo com a Lei nº 10.666/2003 e Instrução Normativa 971, art. 64, §1º, de 13/11/2009, que a empresa \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ / MF sob 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. **Estou ciente de que havendo alteração nesta informação prestada, deverei comunicar por escrito a nova situação.**

Declaro para os devidos fins, que as informações contidas neste documento correspondem à expressão da verdade e que o mesmo está em conformidade com a Lei nº 10.666/2003 e Instrução Normativa 971, art. 64, §1º, alterada em 13/11/2009, e que a falsidade de qualquer informação será de minha inteira responsabilidade.

Esta declaração é válida para o período de \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_.

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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Nome \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ Contribuinte:

Nº INSS / PIS-PASEP: \_\_\_\_\_

Nº CPF : \_\_\_\_\_

CÓDIGO CORRETOR Nº : \_\_\_\_\_ (Suc + Código)

Assinatura com Firma Reconhecida: \_\_\_\_\_

Protocolo Filial

Protocolo Depto Cadastro

\_\_\_\_\_  
Ass / Carimbo / Data

\_\_\_\_\_  
Ass / Carimbo / Data

**Obs: A validade deste documento terá início a partir da recepção original pela Unidade de Cadastro**

**1ª. Via: Protocolar e Encaminhar para Cadastro – Sompo Seguros**

**2ª. Via: Protocolar e Devolver para o Prestador/  
corretor**





Eu, \_\_\_\_\_,  
portador do CPF no \_\_\_\_\_, Corretor (a) de Seguros,  
devidamente registrado (a) na SUSEP sob no \_\_\_\_\_, declaro ter pleno  
conhecimento e livre concordância com os Critérios de Pagamento de Comissões e de  
Contratações da Sompo Seguros e Sompo Saúde, em observância ao princípio da autonomia da  
vontade.

E por ser verdade, firmo o presente em duas vias de igual teor.

São Paulo,

\_\_\_\_\_  
Corretor(a) de Seguros