

Questionário
Application Form

***Seguro de Responsabilidade de Conselheiros,
Diretores e Administradores de Fundos de
Pensão (EFPC) – PTL***

1. Nome da entidade:

2. Endereço:

3. CNPJ:

4. Data de constituição:

5. Instituidor e empresas patrocinadoras:

Instituidor:

Patrocinadoras:

5.1 A Instituidora ou alguma das patrocinadoras é uma empresa pública ou de economia mista?

Sim Não

Caso a resposta seja positiva favor apontá-las abaixo:

6. Planos de benefícios administrados pela entidade

6.1 Especificar modalidade (BD, CD ou CV), porte, principais características e acessibilidade de cada plano:

6.1.1 Anexar o DRAA e o parecer atuarial individualizado de cada plano.

7. Número de participantes

7.1. Ativos:

7.2. Assistidos:

7.3 Total:

8. Informar a composição dos órgãos sociais da entidade (titulares e suplentes), detalhando quantos e quais deles foram indicados pela instituidora ou pelas patrocinadoras e quais deles foram eleitos diretamente pelos participantes e assistidos:

8.1.1 Membros do conselho deliberativo:

8.1.2 Membros da diretoria executiva:

8.1.3 Membros do conselho fiscal:

IMPORTANTE

- As questões de 09 a 21 devem ser respondidas com SIM ou NÃO;
- Em caso de resposta afirmativa, fornecer informações detalhadas.

9. Informar se, nos últimos 05 anos, ocorreram os fatos abaixo

9.1 Decretação de intervenção pela secretaria de previdência complementar:

Sim Não

Akad Seguros S.A.

Avenida das Nações Unidas, 12.995, 24º andar
São Paulo – SP – 04578-911 Brasil
Telefone: +55 11 3056-5530

9.2 Ingresso ou retirada de empresa patrocinadora:

Sim Não

9.3 Extinção ou criação de plano de benefícios administrado pela entidade:

Sim Não

9.4. Operações de fusão, cisão, incorporação ou qualquer outra forma de reorganização societária relativa à entidade:

Sim Não

9.5. Migração de participantes entre planos de benefícios:

Sim Não

9.6 Demandas judiciais ou extrajudiciais, inclusive processos administrativos, contra os administradores atuais e/ou contra os administradores de gestões anteriores:

Sim Não

9.7 Pedido de esclarecimento ou notificação do órgão regulador que possam dar origem à um processo administrativo

Sim Não

9.8 Aporte extraordinário de recursos feito pela empresa Patrocinadora:

Sim Não

10. Informar se há expectativa, para os próximos 12 meses, quanto à ocorrência dos fatos abaixo:

10.1. Intervenção ou Liquidação Extrajudicial:

Sim Não

10.2. Operações de fusão, cisão, incorporação ou qualquer outra forma de reorganização societária relativa à Entidade:

Sim Não

10.3. Extinção ou criação de plano de benefícios administrado pela entidade:

Sim Não

10.4. Ingresso ou retirada de empresa patrocinadora:

Sim Não

10.5. Migração de participantes entre planos de benefícios:

Sim Não

10.6. Redução significativa no volume das reservas garantidoras:

Sim Não

10.7. Alteração no quadro de administradores:

Sim Não

10.8. Aporte extraordinário de recursos a ser feito pela empresa patrocinadora:

Sim Não

11. Informar se há expectativa quanto à ocorrência de demanda judicial ou extrajudicial contra:

11.1. os administradores da entidade:

Sim Não

11.2. os administradores da patrocinadora:

Sim Não

11.3. a entidade de previdência complementar:

Sim Não

11.4. a instituidora ou qualquer uma das patrocinadoras:

Sim Não

12. A proponente já foi, ou atualmente é, contratante do seguro de responsabilidade civil de administradores? Em caso positivo, favor indicar:

Sim

12.1. Nome da seguradora:

12.2. Limite de responsabilidade:

12.3. Data de vencimento da apólice ou, se aplicável, do cancelamento:

12.4. Indenizações pagas:

13. Já houve recusa por parte de alguma seguradora para contratação ou renovação do seguro de responsabilidade civil de administradores?

Sim Não

14. Os administradores da entidade cumprem os requisitos de qualificação técnica e de idoneidade moral, determinados por lei, necessários ao exercício de suas funções?

Sim Não

15. A entidade detém participação, com ou sem direito a voto, em sociedades empresárias?

Sim Não

15.1 Caso positivo, informar razão social, local e percentual da participação:

15.2 A entidade nomeia administradores para atuarem junto a estas sociedades empresárias? Sim Não

15.2.1 Caso positivo, indicar nome, CPF, função e prazo do mandato.

16. A aplicação dos recursos da entidade está de acordo com as regras estabelecidas pelo Conselho Monetário Nacional? Sim Não

16.1 Anexar relatório de investimentos detalhando a composição dos investimentos

17. A entidade mantém contrato com agente custodiante, responsável pelas operações de renda fixa e renda variável?

17.1 O agente possui habilitação específica concedida pelos órgãos competentes?

Sim Não

17.2 Com qual frequência é feito o monitoramento da rentabilidade dos investimentos?

17.3 Indicar o nome do diretor da entidade responsável pela aplicação dos recursos:

17.4 A entidade possui um comitê próprio para acompanhamento dos investimentos?

Sim Não

18. A entidade detém títulos representativos do capital ou de dívida de empresa patrocinadora? Detalhar

Sim Não

19. Existem débitos pendentes referentes ao aporte das contribuições obrigatórias da(s) patrocinadoras? Caso positivo

Sim Não

19.1 Identificar a patrocinadora devedora e detalhar os valores em aberto:

19.2 Informar se há ação judicial ou extrajudicial, em tramitação ou transitada em julgado, a este respeito:

Sim Não

20. Comentar aspectos que, devido às suas características, julguem ser de interesse da seguradora para a análise do risco:

21. Informar:

21.1. Nome do prestador de serviços de auditoria externa:

21.1.1. Indicar o escopo de atuação da empresa de auditoria externa:

21.2. Nome do prestador de serviços atuarias:

21.3. Nome do prestador de serviços de avaliação de gestão, se aplicável:

22. Limite de Garantia desejado:

R\$ 10.000.000,00 R\$ 20.000.000,00 R\$ 30.000.000,00
 R\$ 40.000.000,00

Outros _____

23. Há algum segurado que se enquadre no conceito de Pessoa Politicamente Exposta (PPE), nos termos da Circular SUSEP nº 445 de 02 de Julho de 2012?

Sim Não

(Para mais informações, segue link da Circular em questão:

<http://www.susep.gov.br/setores-susep/cqfis/coesp/circ445.pdf>)

O Proponente, ao apor sua assinatura neste Questionário, declara que todas as informações aqui apresentadas são a expressão da verdade e que nenhum fato ou acontecimento que se relacione com a sua responsabilidade legal foi omitido. Declara, também, seu compromisso em informar, antes da finalização dos procedimentos para contratação da Apólice, quaisquer alterações nos dados e informações aqui expressas. Declara, ainda, estar ciente que a Cobertura da Apólice é à base de Reclamações com Notificação. Declara, por fim, sua concordância em que este Questionário sirva de base para a análise e aceitação do risco de sua empresa, para fixação do Prêmio da Apólice,

Akad SegurosS.A.

Avenida das Nações Unidas, 12.995, 24º andar
São Paulo – SP – 04578-911 Brasil
Telefone: +55 11 3056-5530

e que, emitida a Apólice, este Questionário passe a integrá-la como se a ela pertencesse.

Assinatura

~

Local e Data