

# Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivos

## Proposta de Adesão

Dados da operação e Apólice												
Inclusão: ( ) Titular ( ) Conjuge ( ) Alteração - Especificar alteração:												
Suc: 27   Apólice: - SUB: ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3			Certificado:			Proposta:						
Estipulante:						Corretora: Baturia Adm. Corr. de Seg. de Vida - Inscri. SUSEP: 200452882						
Início de Vigência:			O término de vigência será o constante no Certificado Individual limitado ao final de vigência da Apólice.									
Dados Cadastrais do Proponente												
Nome:												
CPF:			Nascimento:			Idade:		Sexo: ( ) M ( ) F				
Estado Civil:			Nacionalidade:			Serv. Público: ( ) S ( ) N						
O proponente é um Agente Público que desempenha ou desempenhou nos últimos 05 anos, no Brasil ou em outros países, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo?						( ) S ( ) N						
Ocupação:			Data Admisssão:			Matrícula:						
Endereço:			Nº			Complemento:						
Bairro:			Cidade / Estado:									
Telefone:			Email:									
Nome do Cônjuge:												
CPF:			Nascimento:			Ocupação:						
Plano, Capital Segurado, Coberturas e Prêmios ( Valores em R\$)												
PLANOS	CAPITAIS SEGURADOS E COBERTURAS			CUSTOS MENSAIS POR FAIXAS DE IDADE								
	Marcar X	Morte, MA, IPA (Titular)	Morte (Conjuge)	Morte (Filhos)	Até 30 anos	DE 31 a 35 anos	De 36 a 40 anos	De 41 a 45 anos	De 46 a 50 anos	De 51 a 55 anos	De 56 a 60 anos	De 61 a 65 anos
		10000.00	5000.00	1000.00	5.18	6.10	7.74	11.63	18.66	25.76	28.80	32.18
		20000.00	10000.00	2000.00	10.34	12.20	15.48	23.25	37.32	51.52	57.59	64.37
		30000.00	15000.00	3000.00	15.51	18.30	23.21	34.87	55.98	77.28	86.38	96.54
		40000.00	20000.00	4000.00	20.68	24.40	30.95	46.49	74.64	103.04	115.17	128.73
		50000.00	25000.00	5000.00	25.85	30.50	38.69	58.12	93.30	128.80	143.97	160.91
		60000.00	30000.00	6000.00	31.02	36.59	46.43	69.75	111.95	154.57	172.76	193.09
		70000.00	35000.00	7000.00	36.19	42.70	54.17	81.37	130.62	180.33	201.56	225.27
		80000.00	40000.00	8000.00	41.37	48.79	61.90	93.00	149.28	206.09	230.36	257.45
		90000.00	45000.00	9000.00	46.53	54.89	69.63	104.62	167.93	231.85	259.14	289.64
		100000.00	50000.00	10000.00	51.70	61.00	77.37	116.24	186.60	257.61	287.94	321.82
		110000.00	55000.00	10000.00	56.87	67.09	85.11	127.87	205.25	283.37	316.73	353.99
		120000.00	60000.00	10000.00	62.04	73.20	92.85	139.50	223.92	309.13	345.53	386.18
		130000.00	65000.00	10000.00	67.21	79.29	100.59	151.12	242.57	334.89	374.33	418.36
		140000.00	70000.00	10000.00	72.38	85.39	108.32	162.74	261.23	360.65	403.11	450.55
		150000.00	75000.00	10000.00	77.54	91.49	116.06	174.36	279.89	386.41	431.91	482.72
		160000.00	80000.00	10000.00	82.72	97.59	123.80	185.99	298.55	412.17	460.70	514.90
		165000.00	82500.00	10000.00	85.31	100.64	127.66	191.80	307.88	425.05	475.10	531.00
<b>OBSERVAÇÕES:</b> 1-) Idade máxima para adesão: 65 anos - 2-) Taxa do Seguro: Faixa Etária com reenquadramento automático, e para Segurados com mais de 65 anos o reajuste será de 10% ao ano, sobre o valor do prêmio individual. - 3-) Forma de Contribuição: Contributário (100% Segurado).						<b>LEGENDA DE COBERTURAS:</b> 1-) Morte: Morte qualquer causa, conforme condições gerais - MA - Morte Acidental (em caso de morte acidental as coberturas de Morte e MA se acumulam). 3-) IPA: Invalidez total ou parcial por acidente.						
Serviços e Assistências												
1-) <b>Assistência Funeral Ampliado:</b> (Limite máximo de indenização: R\$ 3.000,00 - Serão considerados o Segurado, o seu cônjuge, os seus filhos e enteados, ambos até 21 anos, dependentes do Segurado, devidamente comprovados na forma da Lei, os seus Pais e os Sogros. - <b>Limite de idade para adesão de agregados:</b> 75 anos na data da adesão do segurado principal. - <b>Carência do Funeral:</b> 180 dias a partir da data da adesão para uso do Assistência Funeral.												
2-) <b>Sorteio:</b> 01 sorteio mensal no valor de bruto de R\$ 10.000,00 com incidência de 25% de Imposto de Renda, conforme legislação vigente.												
Atenção! Assinatura e declaração do proponente no verso dessa proposta de adesão.												

Beneficiários do Seguro		
Nome dos Beneficiários	% Participação	Grau de Parentesco
Informações Complementares		
<p>O prêmio do seguro é o resultado da multiplicação do Capital Segurado pela taxa. Se por algum motivo o valor do prêmio do seguro não for descontado, ou for descontado em valor menor do que o devido, o valor do capital segurado será reduzido na mesma proporção entre o prêmio devido versus o prêmio pago. Informações Gerais: a-) A Aceitação do Seguro está sujeita à análise de risco. A Seguradora, após recebimento da Proposta de Adesão terá 15 dias para definir pela aceitação ou recusa do risco. O seguro será automaticamente aceito, caso a Seguradora não manifeste por escrito, o motivo da recusa no prazo de 15 (quinze) dias. Esse prazo será suspenso, quando a Seguradora solicitar a apresentação de novo documento para análise do risco, podendo ocorrer uma única vez, sendo reiniciado após a entrega dos mesmos. b-) Esse seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. c-) O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. d-) O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site <a href="http://www.susep.gov.br">www.susep.gov.br</a>, por meio do seu número de registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. e-) Este plano utiliza o regime financeiro de repartição simples, que é o regime financeiro que fixa a taxa de custeio dos benefícios contratados, de modo a produzir receitas equivalentes aos benefícios e despesas geradas no período, não havendo capitalização de reserva do prêmio ao Segurado, Beneficiários ou Estipulante, após a aceitação do Seguro pela Seguradora. f-) As indenizações, quando devidas serão pagas de uma única vez, respeitando o capital segurado contratado. g-) <b>As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto a SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico <a href="http://www.susep.gov.br">www.susep.gov.br</a>, de acordo com o número do processo constante da proposta. h-) Para eventos decorrentes de Morte causada por COVID-19, haverá uma carência de 90 dias, a contar a partir da data do início de vigência do seguro. *RE= Remuneração do Estipulante</b></p>		
Declaração pessoal de saúde e atividades (preenchimento obrigatório pelo proponente)		
1-) No momento, você está ativo trabalhando?	<b>Titular</b> ( ) Sim ( ) Não	<b>Cônjuge</b> ( ) Sim ( ) Não
2-) Tirou mais de 21 dias consecutivos de afastamento do trabalho nos últimos 2 anos devido a doença ou lesão?	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
3-) Você já teve, foi diagnosticado, procurou tratamento ou foi hospitalizado com alguma das doenças abaixo:  Câncer. Doença cardíaca, ritmo cardíaco irregular ou problemas estruturais do coração. Acidente vascular cerebral. HIV / Aids, hepatite B ou C. Diabetes. Distúrbio hepático ou renal. Doença ou distúrbio do cérebro ou sistema nervoso. Distúrbios pulmonares, doença obstrutiva das vias aéreas ou enfisema, distúrbios do sangue como anemia ou qualquer doença infecciosa grave, como malária ou Chagas. Transtorno psiquiátrico ou mental o qual você estava internado em um hospital ou tentou suicídio.	( ) Sim ( ) Não	( ) Sim ( ) Não
4-) Caso tenha respondido "sim" para a pergunta anterior, especifique a doença e desde quando tem conhecimento dela.  Doença: _____ Desde quando tem conhecimento: _____		
5-) Nos últimos 5 anos, você foi submetido ou aconselhado a ter alguma forma de investigação médica, cirurgia, teste ou consulta com um médico, em que os resultados não foram normais? (Isso inclui todos os testes ou investigações que você ainda aguarda.)		
6-) Nos últimos 2 anos, você recebeu medicamentos que foram aconselhados a tomar por um período superior a 4 semanas?  Caso positivo, qual medicamento?		
7-) Pratica esportes radicais, tais como bungee jump, rafting, rapel, paraquedismo, voo livre, pesca submarina ou mergulho submarino, ultraleve, asa-delta, alpinismo, provas de automobilismo em autódromo, corridas de motociclismo ou quaisquer outros esportes similares? (Indicar o esporte praticado, se é profissional ou amador e a frequência com que o pratica.)		
8-) Exclusivo para doenças graves  Antes dos 60 anos, algum dos seus pais, irmãos ou irmãs naturais teve ou morreu de: doença cardíaca, derrame, diabetes, câncer, doença de Huntington, doença renal policística, polipose do cólon, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, Parkinson, doença do neurônio motor, distrofia muscular ou qualquer distúrbio hereditário ainda não listado acima? Em caso afirmativo, preencha as seções relevantes abaixo com detalhes de qualquer uma das condições listadas acima. Indique a idade de início da condição médica e, no caso de câncer, qual parte do corpo foi afetada pela primeira vez.		
9-) Qual o seu peso?	10-) Qual a sua altura?	
11-) Existe alguma informação complementar às declaradas acima? Especifique as informações complementares.		
Declaração do proponente		
<p>Pelo presente, solicito minha inclusão na apólice de Vida em Grupo/ Acidentes Pessoais Coletivos, contratadas pelo Estipulante e junto a Seguradora, constituindo-o meu mandatário, com poderes expressos para representar-me, na forma prevista do Decreto Lei 73/66 e do Código Civil, em futuras negociações para renovação, manutenção e continuidade da apólice, podendo inclusive acertar com a Seguradora novos valores de prêmio, taxa e capitais segurados, ainda que tais alterações contratuais venham gerar ônus, deveres ou perda de direito para minha pessoa, mas desde que visem garantir a sustentação técnica e a manutenção das demais cláusulas contratuais as quais ora são por mim aderidas. Tais poderes, entretanto, não dão ao Estipulante, o direito de cancelar o seguro, enquanto o prêmio estiver sendo pago por minha conta. Declaro que, ao preencher a presente proposta de adesão, tomei conhecimento na íntegra das Condições Gerais contendo todas as Cláusulas do seguro ora contratado, que foram integralmente lidas, entendidas e aceitas por mim. Declaro estar de acordo com a presente proposta e condições do seguro e que nada omiti em relação ao meu estado de saúde, tendo prestado todas as informações completas e verídicas, ficando a Seguradora autorizada a utilizar tais informações no amparo e defesa de seus direitos. Estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se prestei declarações inexatas ou omiti informações e/ou circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no cálculo do prêmio, perderei direito as garantias contratadas, tornando-se nulo, de pleno direito, o contrato do seguro. Estou ciente que nos casos em que o prêmio for descontado em minha folha de pagamento, a cobertura do seguro vigorará a partir do período mensal de vigência da apólice que se seguir ao desconto do primeiro prêmio na folha de pagamento. <b>Declaro, como Segurado nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, recebi todas as informações obrigatórias contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução. "O proponente e/ou seu representante devidamente autorizado, reconhece que, ao preencher esta proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados pela SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados poderão ser usados em modelos estatísticos das empresas, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, sendo que tais informações poderão ser compartilhadas com empresas que ajudem no cumprimento do contrato de seguro. Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros".</b></p>		
Assinatura do proponente (conforme documento):	Local:	Data:

Central de Atendimento Zurich: SAC 0800 284 4848 / Deficiente Auditivo 0800 275 8585 / Ouvidoria 0800 770 1061