

Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivos

Proposta de Adesão



1 Dados da operação e apólice

Operação **Inclusão:** Titular Cônjuge **Alteração**

Certificado Nr. da Proposta

Suc. Sub/plano

Nr. apólice Início de vigência O término de vigência será o constante no certificado individual, limitado ao final de vigência da apólice.

Estipulante e sub-estipulante CNPJ

2 Dados cadastrais do proponente

Nome do segurado principal

CPF Nascimento Sexo: Masculino Feminino

Estado civil: S C V Outro Nacionalidade

Profissão Data de admissão Servidor público: Sim Não

Cód de Lotação / Matrícula 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? Sim Não

Lotação

Endereço

Número Complemento Bairro

CEP Cidade UF

Telefone E-mail

Nome do cônjuge

CPF Nascimento Profissão

preencher quando cônjuge facultativo

3 Coberturas, Capital Segurado e Prêmio Mensal Vida em Grupo Acidentes Pessoais

Coberturas

| | Titular | Cônjuge <input type="radio"/> Automático <input type="radio"/> Facultativo | Filhos <input type="radio"/> Automático <input type="radio"/> Facultativo |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Morte | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> |
| Morte Acidental | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> |
| Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> |
| Invalidez Funcional Permanente por Doença | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> | R\$ <input type="text" value=""/> |
| DIT <input type="radio"/> Por Acidente <input type="radio"/> Por Acidente e Doença | R\$ <input type="text" value=""/> | Franquia <input type="text" value=""/> | Carência <input type="text" value=""/> |

Assistências

Funeral Individual Familiar R\$ Cesta Básica R\$

Sorteio Mensal Bruto 1 4 R\$ Outra R\$

DIT - Diária de Incapacidade Temporária

4 Dados da contribuição

Prêmio mensal R\$ Mês/ano do primeiro desconto

Taxa mensal do seguro: Taxa média (reavaliada anualmente) Taxa por idade com reenquadramento automático Taxa por faixa etária com reenquadramento automático

Forma de contribuição: Não contributário Contributário % segurado

5 Beneficiários do seguro

| Nome do(s) beneficiário(s) | % participação | Grau de parentesco |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |
| <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> | <input type="text" value=""/> |

6 Autorização de desconto

Autorizo o Estipulante a descontar mensalmente na minha folha de pagamento, a importância relativa à minha contribuição e a de meu cônjuge (se houver). Conheço e concordo com as condições contratuais do seguro. No caso de modificação do valor do Prêmio em virtude de aumento do capital, taxa ou qualquer outra alteração no contrato de seguro, fica o referido Estipulante autorizado a reajustar o valor do desconto à nova situação.

7 Dados de produção/comercialização

Nome do Corretor Inscrição SUSEP corretor

Assinatura do produtor Plano Código produtor

Atenção! Assinatura e declaração do proponente no verso desta proposta de adesão.

Mod. 301/010 - JAN/2018

campos para preenchimento do corretor/agenciador

8 Informações complementares

Seguros com taxa média

Nos Seguros com Taxa Média, o cálculo será feito considerando a idade média atuarial do grupo segurado. Anualmente, no aniversário da apólice, essa taxa será recalculada. Se for constatado aumento da idade média ou caso a sinistralidade ultrapasse a 100% do prêmio puro, as taxas serão reajustadas para todo o grupo segurado.

Seguros com taxa por idade ou faixa etária

Nos seguros com Taxa por Idade ou Faixa Etária, anualmente, no aniversário da apólice, haverá o reenquadramento automático do Segurado, à taxa correspondente a sua idade ou faixa etária, conforme constante nas condições contratuais disponibilizadas ao proponente, podendo ser reavaliadas anualmente, caso a sinistralidade ultrapasse a 100% do prêmio puro.

O prêmio do seguro é 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 estará sujeita à análise do 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. Este prazo será suspenso, quando a Seguradora solicitar a apresentação de novos documentos para análise do risco, podendo ocorrer uma única vez, sendo reiniciado após a entrega dos mesmos. b) Este seguro é por prazo determinado tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de 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 de seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu 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 produzirem receitas equivalentes aos benefícios e despesas geradas no período, não havendo capitalização de reserva do prêmio ao Segurado, Beneficiário 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) As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da proposta.**

9 Declaração pessoal de saúde e atividades (preenchimento obrigatório pelo proponente)

Responda marcando um "x" para "sim" ou "não", prestando informações adicionais na questão 4.

1- Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho e gozando de plena saúde? Especifique o problema de saúde e/ou desde quando está afastado ou aposentado e o motivo.

2- Tem deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique o grau de deficiência e qual órgão, membro ou sentido.

3- Possui ou já possuiu alguma doença, tais como: DIABETE, HIPERTENSÃO ARTERIAL, HEPATITE, AIDS, INFARTO, DOENÇAS CARDÍACAS, TUMOR MALIGNO (Câncer), DERRAME, DOENÇA DE CHAGAS, LEUCEMIA, ENFISEMA, CIRROSE, DOENÇAS RENAIAS, DOENÇAS NEUROLÓGICAS, DOENÇAS DIGESTIVAS, DOENÇAS PULMONARES, OU QUALQUER OUTRA DOENÇA? Especifique a doença e desde quando tem conhecimento.

4- Existe alguma informação complementar às declaradas acima? Especifique as informações complementares.

| Titular | | Cônjuge | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |
| <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não | <input type="radio"/> Sim | <input type="radio"/> Não |

.....

.....

.....

.....

10 Declaração do proponente

Pelo presente, solicito minha inclusão na apólice de Vida em Grupo / Acidentes Pessoais Coletivos, contratadas pelo Estipulante junto à Seguradora, constituindo-o meu mandatário, com poderes expressos para representar-me, na forma prevista no 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 a manutenção das demais cláusulas contratuais às 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 Contratuais do seguro, incluindo as 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 Artigo 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 o direito às 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.

Assinatura do proponente (conforme documento)

Local

Data

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

ZURICH  ZURICH

As marcas e sinais distintivos aqui utilizados são registrados em nome da Zurich Insurance Company Ltd em várias jurisdições em todo o mundo.


ZURICH