



1146301 7916010 0000040 6503070 1315002 1510212 2048



2445701 0494240 7559002 1220000 4796070 9823110 494200 40



3LUCAS VINICIUS CANDIDO 0100001

**Esta proposta deverá ser entregue na sua sucursal até o dia 11/12/2020 às 17:30 hs.**

		<b>Proposta de Adesão MAPFRE Vida Você Multiflex</b>	
<b>Nro. Processo SUSEP:</b> VG - 15414.004036/2008-33 <b>Nro. Processo SUSEP:</b> APC - 15414.004011/2008-30		<b>Apólice:</b> 200.476	Versão: 1791601.182 CNPJ: 54.484.753/0001-49

<b>Estipulante:</b> CLUBE PREVIVIDA DE SEGURIDADE	<b>CNPJ:</b> 49.467.491/0001-74
---------------------------------------------------	---------------------------------

<b>Dados do Seguro</b>		
<b>Nr. Proposta</b> 44570104942407559	<b>Data da Proposta:</b> 02/12/2020	<b>Vigência:</b> 02/12/2020 a 02/12/2021
<b>Tipo Cálculo:</b> Anual		

<b>Dados do Proponente</b>		
<b>Nome Completo:</b> LUCAS VINICIUS CANDIDO		
<b>Tipo Pessoa:</b> Física	<b>CPF/CNPJ:</b> 479.607.098-23	
<b>Endereço:</b> Alameda Araguaia	<b>Nº:</b> 2104	
<b>Bairro:</b> Alphaville Industrial	<b>Compl:</b> TORRE 1 2ANDAR	<b>Cidade:</b> BARUERI
<b>UF:</b> SP	<b>CEP:</b> 06455-000	<b>Fone:</b> 11 20709000
<b>Est. Civil:</b> Solteiro	<b>E-mail:</b> secretaria@bnleng.com.br	<b>DataNasc:</b> 17/12/2001
<b>Sexo:</b> Masculino	<b>RG/RNE:</b> 583454999	<b>Tipo Documento:</b> RG
<b>Órgão Expedidor:</b> SSP - SP	<b>Data Expedição:</b> 22/01/2014	
<b>Atividade:</b> Estagiário	<b>Renda Mensal:</b> 0,00	
<b>País de Residência:</b> BRASIL		

<b>Dados do Item</b>
<b>Plano:</b> Monte seu plano...

Garantias	Capital Segurado(R\$)	Valor Prêmio Mensal Garantias(R\$)
<b>PROponente TITULAR</b>		
<b>COBERTURAS DE ACIDENTES PESSOAIS</b>		
MA - Morte Acidental	16.000,00	2,03
IPA - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	até 16.000,00	1,23
<b>FUNERAL</b>		
Decessos Individual	5.000,00	0,49
<b>CAPITALIZAÇÃO</b>		
Capitalização um sorteio mensal no valor bruto de R\$ 20.000,00.		

**OBSERVAÇÕES:**

- No caso de morte decorrente de acidente, as garantias de Morte e Morte Acidental, se contratadas, serão acumuladas.
- A Seguradora através de convênio firmado com a MAPFRE Capitalização, cede a título gratuito ao Proponente o direito de participar de um sorteio mensal no valor de R\$ 20.000,00, do qual será deduzido o valor do Imposto de Renda.
- O produto de capitalização será garantido pela MAPFRE Capitalização, processo SUSEP nº 15414.901717/2019-02.

**Beneficiários em caso de morte do titular.**

De acordo com o Artigo 792, do Código Civil Brasileiro.

<b>Prêmios / Condições de Pagamento</b>		
<b>Prêmio Líquido:</b> 45,00	<b>Encargos\Descontos:</b> -4,50	<b>Custo:</b> 0,00

<b>IOF:</b> 0,15	<b>Prêmio Total:</b> 40,65	
<b>Condições de Pagamento:</b> Código do Plano: 788 - 1FCA - Anual à vista	<b>Valor da Primeira:</b> 40,65	
<b>Taxa de Juros Pactuada:</b> 0,00	<b>Valor das Demais:</b> 0,00	
<b>Número da FCA:</b> 27907993140093940	<b>Dia de Vencimento:</b> 0	

**Após a aceitação do risco, será encaminhado, ao responsável pelo pagamento, boleto bancário para quitação da(s) parcela(s) do seguro ora contratado.**

<b>Cobrança a favor (contra terceiro). Preencher somente se o pagamento dos prêmios não for realizado pelo proponente.</b>		
<b>Nome / Razão Social:</b> BN&I ENGENHARIA LTDA	<b>Tipo Pessoa:</b> Jurídica	<b>CPF/CNPJ:</b> 10.521.511/0001-02
<b>Endereço Completo:</b> Alameda Araguaia		<b>Número:</b> 2104
<b>Complemento:</b> TORRE 1 2ºANDAR	<b>CEP:</b> 06455-000	
<b>Bairro:</b> Alphaville Industrial	<b>Cidade:</b> BARUERI	<b>UF:</b> São Paulo

**Dados para Envio dos documentos de Cobrança**

O documento de cobrança deve ser enviado para o endereço do Terceiro

O nome do responsável por receber no endereço de cobrança é FERNANDO ANTONIO BRITO NEVES

**DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADES SIMPLIFICADA (exclusivamente para acidentes pessoais)**

Declaro estar em plena atividade de trabalho e perfeitas condições de saúde, não tendo nenhuma deficiência de órgãos, de membros ou sentidos. Estou também ciente de que o presente seguro não dará cobertura a ocorrências a bordo de aeronaves que não sejam de linhas regulares e a eventos relacionados à prática dos seguintes esportes: alpinismo, mergulho, pára-quedismo, vôo livre, ultraleve, motociclismo, automobilismo de competição ou de prova, corrida de barcos ou lutas e autogiro.

Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

**AUTORIZAÇÃO E DECLARAÇÃO COMPLEMENTAR**

Autorizo a minha inclusão, bem como a de meus dependentes indicados nesta proposta, nas Apólices de Vida em Grupo e Acidentes Pessoais Coletivos tendo como estipulante o CLUBE PREVIVIDA DE SEGURIDADE, a quem autorizo me representar frente à MAPFRE Vida S.A., para todos os fins necessários.

Autorizo, ainda, a Seguradora a obter qualquer informação sobre meu estado de saúde (em qualquer data) e dos demais proponentes indicados por mim para participar deste seguro, junto aos médicos que nos assistem ou assistirem, aos quais dispenso, para este fim, do dever do sigilo profissional dos mesmos.

Declaro como fiel e legítima indicação do(s) Beneficiário(s) nesta proposta.

Declaro que são verdadeiras todas as informações por mim prestadas nesta proposta, assumindo total responsabilidade pela exatidão das mesmas, estando ciente de que, seu eu fizer, a qualquer tempo, declarações inexatas ou omitir circunstâncias capazes de influir na aceitação da proposta ou no valor de meu prêmio, perderei automaticamente o direito à participação no plano, bem como ao recebimento de qualquer benefício por parte da Seguradora, além de estar obrigado ao pagamento da contribuição vencida.

Declaro, ter recebido as condições contratuais do presente seguro, e que as mesmas encontram-se disponíveis no site da Seguradora, estando ciente e de acordo com as respectivas condições, e que tenho conhecimento que os respectivos prêmios de seguros sofrerão reequilíbrio anual de acordo com os percentuais estabelecidos em contrato, decorrente da minha nova idade.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

Este seguro é por tempo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renová-lo na data de vencimento sem devolução das parcelas pagas.

O Proponente poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros, no site [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), por meio do número de registro na autarquia, nome completo, CNPJ ou CPF.

"Uma vez aceita esta proposta de seguro e, desde que eu tenha optado pela forma de pagamento através de débito em conta corrente, fica desde já autorizada a Seguradora, mediante as assinaturas abaixo firmadas, a efetuar o débito na respectiva conta indicada nesta proposta, do prêmio correspondente ao seguro aceito."

**Atenção: A Aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco, o prazo para aceitação ou recusa do risco será de 15 (quinze) dias, contados da data do recebimento da proposta na Seguradora, ainda que tenha havido o pagamento do prêmio. Sua aceitação será automática, a não ser que a Seguradora envie correspondência solicitando documentos complementares, dentro do prazo acima citado. Neste caso, prazo de 15 (quinze) dias será suspenso e voltará a contar a partir da data de recebimento destes documentos. Se sua proposta não for aceita pela Seguradora, você receberá uma correspondência informando a recusa, juntamente com a devolução do prêmio. A Seguradora se reserva, ainda, no direito de realizar consulta cadastral.**

Barueri, 02/12/2020.

Local e Data

Assinatura do Proponente/Titular  
Assinatura do representante legal  
(se você for menor de 18 anos)

Assinatura do resp. pelo pagamento

Assinatura do Proponente Cônjuge

**DECLARAÇÃO DO CORRETOR**

Eu, Corretor, declaro que entreguei ao Proponente/Titular a 2ª via desta proposta de adesão, contendo o resumo das Condições Gerais e Especiais, as quais foram lidas pelo mesmo, não manifestando qualquer dúvida sobre seu teor.

Atesto que a Declaração de Saúde e Atividade foi preenchida pelo Proponente(ou seu responsável, se menor) e que, segundo o meu conhecimento, todas as informações, respostas e declarações desta Proposta refletem a realidade, não contendo omissões ou incorreções.

Local e Data

Assinatura do Corretor

**Campanha(s) Venda - CPF:** 004.203.109-59

**Cod. Corretor:** 104942

**Corretor:** NEC CORRETORA DE SEGUROS LTDA

**Endereço:** DIMITRI SENAUD DE LAVOUD, 46

**Operador:**

AG0CD40

**UF:**

DATA/HORA DA IMPRESSÃO: 02/12/2020 10:52:59

**Nome do Sócio:**

RENATO BRAZ DOS SANTOS

**Cod. Susep:** 00000202089905

**Cod. Sucursal:** 1463

**Telefone:** 11 36820088

**Cidade:** OSASCO

**CEP:** 06023030