

N.º do Bilhete/Apólice 12196292	Emissão 21/02/2022 - 14:59h	Corretor(a) HUMBER CORRETORA DE	Sucursal CAMPINAS
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	----------------------

**DADOS DO PROPONENTE**

Nome Completo MANUELA MEIRELLES DE CAMPOS				CPF 49067358860	
Data Nascimento 25/03/2003		Nacionalidade Brasileiro		Profissão Bolsista / Estagiario	
Endereço (Rua/Av.) RUA ENGENHEIRO NEWTON MARCZUK				N.º 50	Complemento Nenhum
Bairro CONJUNTO	Cidade ITAPEVA	UF SP	CEP 18411511	E-mail manuelameirelles03@gmail.com	

**DADOS DO SEGURO**

Capital Segurado	Prêmio Líquido MA	IOF MA	Prêmio Líquido IPA	IOF IPA	Prêmio Bruto	Quantidade de N.º da Sorte
R\$ 10.000,00	16,82	0,06	12,97	0,05	R\$ 29,90	1

Garantias	Percentual do Capital Segurado	Período de Pagamento
Morte Acidental (MA) / Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)	100% (MA) / Até 100% (IPA)	Único

Limite de Idade	Início de Vigência <sup>1</sup>	Fim de Vigência
Mínimo 14 (quatorze) e máximo 80 (oitenta) anos.	A partir das 24h (vinte e quatro horas) do dia do pagamento do prêmio.	12 (doze) meses, contados a partir das 24h (vinte e quatro horas) do dia do pagamento do prêmio.

<sup>1</sup>Vigência de 12 (doze) meses, **não há renovação**.

N.º da Sorte	Acessório de Sorteio	Valor	<sup>2</sup> Esse valor é bruto de impostos e está sujeito à tributação com base na legislação vigente à época da premiação.
28380	4 (quatro) sorteios mensais, nos últimos quatro sábados do mês.	R\$ 4.000,00 <sup>2</sup>	

**CARÊNCIA** Para todas as Garantias do Seguro de Acidentes Pessoais, não haverá carência, exceto em caso de suicídio do Segurado ou de sequela(s) de sua tentativa, nos 2 (dois) primeiros anos contados a partir do início de vigência da cobertura individual ou da sua recondução depois de suspenso.

**DADOS DE PAGAMENTO**

Vencimento 25/02/2022	Forma de Pagamento <input type="checkbox"/> débito em conta <input checked="" type="checkbox"/> boleto bancário	Pagamento do Prêmio O pagamento do prêmio deverá ser realizado, sob risco de cancelamento do Bilhete, até a data de vencimento acima mencionada e designada para esse fim.
Banco	Agência	
Conta-corrente		

**RISCOS EXCLUÍDOS**

Estão expressamente excluídos das Garantias Básicas desse Seguro os eventos ocorridos em consequência de:

**a)** doenças, incluídas as profissionais, quaisquer que sejam suas causas, ainda que provocadas, desencadeadas ou agravadas, direta ou indiretamente por acidente, ressalvados as infecções, os estados septicêmicos e as embolias, resultantes de ferimento visível causado em decorrência de acidente coberto;

**b)** uso de material nuclear para quaisquer fins, incluindo a explosão nuclear provocada ou não, bem como a contaminação radioativa ou exposição a radiações nucleares ou ionizantes;

- c) doenças;
- d) lesões ou acidentes ocorridos antes da contratação do Seguro;
- e) o suicídio, ou a(s) sequela(s) de sua tentativa, quando cometido pelo Segurado nos 2 (dois) primeiros anos de vigência do Seguro ou da sua recondução depois de suspenso ou do aumento de seu capital segurado;
- f) danos morais;
- g) invasão, hostilidade, atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, de guerra civil, de guerrilha, de revolução, rebelião, insurreição militar, agitação, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto se provier da prestação de serviço militar ou de atos de humanidade em auxílio de outrem;
- h) acidentes decorrentes de furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- i) atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado, pelo Beneficiário ou pelo representante de um ou do outro;
- j) acidente vascular cerebral;
- k) perturbações e intoxicações alimentares de qualquer espécie, bem como as intoxicações decorrentes da ação de produtos químicos, medicamentos, salvo quando prescritos por médico, em decorrência de acidente coberto;
- l) lesões decorrentes, dependentes, predispostas ou facilitadas por esforços repetitivos ou microtraumas cumulativos, ou que tenham relação de causa e efeito com esses, assim como as lesões classificadas como: Lesão por Esforços Repetitivos – LER, Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT, Lesão por Trauma Continuado ou Contínuo – LTC, ou similares que venham a ser aceitas pela classe médico-científica, bem como as suas consequências pós-tratamentos, inclusive cirúrgicos, em qualquer tempo; e
- m) intercorrências ou complicações consequentes de realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, acidentes cardiovasculares, aneurisma, síncope, apoplexia, acidentes médicos e similares e epilepsia, quando não decorrentes de acidente coberto.

**BENEFICIÁRIOS** Serão aqueles informados à CAPEMISA Seguradora no Bilhete, correspondência ou formulário próprio. **Havendo indicação de Beneficiários, caberá o preenchimento obrigatório dos campos abaixo marcados por \*\*\*.** Na ausência de indicação, os Beneficiários serão os definidos na legislação vigente na data do evento.

Nome Completo*	Dt. Nascimento*	CPF	Vínculo*	Particip.%*

## REGULAÇÃO DE SINISTROS

Os pagamentos relativos às Garantias têm o prazo máximo limitado a 30 (trinta) dias, contados a partir da entrega de toda a documentação obrigatória conforme abaixo:

**a) Para a Garantia de Morte Acidental**, na ocorrência do sinistro, compete aos Beneficiários, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma desse último; Certidão de Óbito (cópia autenticada);
- Certidão de Casamento ou Nascimento do Segurado e, se for o caso, averbação do desquite, divórcio ou separação (cópia autenticada); RG e CPF do Segurado (cópia autenticada);
- Boletim de Ocorrência Policial ou Comunicação de Acidente de Trabalho (cópia autenticada) e o Laudo de Exame Cadavérico (cópia autenticada);
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (CNH), em caso de acidente automobilístico, desde que o Segurado figure como condutor do veículo. Esse documento é dispensável caso constem, no Boletim de Ocorrência Policial, a identificação do condutor e os dados da CNH.

**b) Para a Garantia de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**, na ocorrência do sinistro, compete ao Segurado ou a seu representante, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora os seguintes documentos:

- Formulário do Aviso de Sinistro, totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço, CNPJ e reconhecimento de firma desse último;
- RG e CPF do Segurado (cópia autenticada); Boletim de Ocorrência Policial (cópia autenticada);
- Relatórios médicos e cópia de exames e radiografias com laudos que comprovam a invalidez do Segurado.

## DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

**Declaro estar ciente e de acordo que:** 1. As informações contidas neste Bilhete são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de quaisquer declarações inexatas ou omissões que possam influir na aceitação do Bilhete perderei o direito à Garantia (artigo 766 do Código Civil Brasileiro). 2. Esse Seguro é por prazo de vigência determinado. 3. Tive prévio e exposto conhecimento dos termos das Condições Gerais do Seguro de Acidente Pessoal Individual e do Regulamento do Sorteio, disponíveis no *site* [www.capemisa.com.br](http://www.capemisa.com.br), os quais foram integralmente lidos e aceitos por mim.

## DADOS DA CORRETOR(A)

**Nome da Corretora de Seguros**  
HUMBER CORRETORA DE SEGUROS

**CNPJ**  
65447963000183

**Código SUSEP**  
202059019

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Seguro administrado pela CAPEMISA Seguradora de Vida e Previdência S/A - CNPJ: 08.602.745/0001-32 – Reg. na SUSEP: 04251 – Ramo: 81 (Acidentes Pessoais) - n.º Processo SUSEP: 15414.900764/2013-35 – Central de Relacionamento (de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 20h, exceto feriados): 4000 1130 (Capitais e Regiões Metropolitanas) / 0800 723 3030 (Demais Localidades). SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor (7 dias por semana, 24 horas por dia): 0800 940 1130 / 0800 723 4030 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos e de fala). Ouvidoria (de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 17h, ligação gratuita): 0800 707 4936. Título de Capitalização emitido pela CAPEMISA Capitalização S/A - CNPJ 14.056.028/0001-55 - Reg. SUSEP: 21491 - Processo SUSEP n.º 15414.901125/2018-00. O registro desse plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. As informações sobre o plano de Seguro ao qual se vincula o Bilhete contratado podem ser conferidas em <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/consulta-publica-de-produtos-1>.

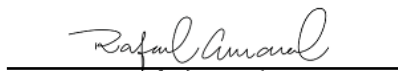
**Todos os dados informados neste documento serão utilizados única e exclusivamente para procedimentos preliminares da possível contratação. Para mais detalhes, consulte o Aviso de Privacidade no Portal CAPEMISA: <https://portaldeprivacidade.capemisa.com.br/>.**

## AUTORIZAÇÃO DO PROPONENTE

Autorizo, nos termos da legislação vigente, a inclusão e o compartilhamento de minhas informações de adimplemento e demais ocorrências relacionadas ao presente contrato para a formação e consulta de banco de dados com a finalidade de subsidiar a análise de riscos atuais e futuros e/ou subsidiar as regulações de sinistros.

O Segurado 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 seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

  
Fabio Lessa  
Diretor Comercial

  
Rafael Amaral  
Diretor Técnico

