

PROPOSTA DE ADESAO
SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO
PROCESSO SUSEP 001.02162/94

☐ SEGURO NOVO
☐ ALTERAÇÃO DE CAPITAL
(*) ITENS DE PREENCHIMENTO OBRIGATORIO

ESTIPULANTE CLUBE DE SEGUROS PAMPA		Nº DA APÓLICE		CORRETOR	
DADOS DO PROPONENTE					
NOME DO PROPONENTE*				MATRÍCULA	
DATA DE NASCIMENTO*		IDADE*		SEXO*	
CPF*		RG*		ESTADO CIVIL	
OCUPAÇÃO / CARGO		SALÁRIO		ÓRGÃO EXPEDIDOR*	
ENDEREÇO RESIDENCIAL*		DATA DE ADMISSÃO		DATA DE EXPEDIÇÃO*	
BAIRRO		CIDADE*		CEP*	
ENDEREÇO COMERCIAL		CIDADE		UF	
TELEFONE RESIDENCIAL* ()		TELEFONE COMERCIAL* ()		CELULAR* ()	
E-MAIL*		COMO DESEJA RECEBER AS INFORMAÇÕES RELATIVAS AO SEGURO?		<input type="checkbox"/> IMPRESSO <input type="checkbox"/> E-MAIL	
DADOS DO SEGURO					
AP PREMIUM		AP PLUS DA SORTE		AP CONSIGNADO	
Morte Acidental – MA: R\$		Morte Acidental – MA: R\$		Morte Acidental – MA: R\$	
Assistências (Serviços): <input checked="" type="checkbox"/> FUNERAL <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> DESCONTO EM MEDICAMENTOS		Assistências (Serviços): <input checked="" type="checkbox"/> FUNERAL <input checked="" type="checkbox"/> ALIMENTAÇÃO		Assistências (Serviços): <input checked="" type="checkbox"/> FUNERAL	
Sorteio Mensal: R\$		Sorteio Mensal: R\$		Sorteio Mensal: R\$	
Prêmio Mensal Individual (Custo): R\$		Prêmio Mensal Individual (Custo): R\$		Prêmio Mensal Individual (Custo): R\$	
Para prêmio mensal até R\$ 19,99 inclusive (ou correspondente em outra periodicidade de pagamento), as assistências somente poderão ser acionadas se a morte for decorrente de acidente pessoal coberto. Não há reembolso de despesas. Carência: até 60 anos 11 meses e 29 dias - 60 dias; a partir de 61 anos - 120 dias. Para solicitar a Assistência Funeral e/ou Assistência Alimentação, ligue: 0800 770 8916.					
DADOS DE COBRANÇA					
PERIODICIDADE DE PAGAMENTO		FORMA DE PAGAMENTO		CUSTEIO DO SEGURO	
MENSAL		<input type="checkbox"/> DESCONTO EM FOLHA <input type="checkbox"/> DÉBITO EM CONTA CORRENTE		<input type="checkbox"/> CONTRIBUTÁRIO <input type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUTÁRIO <input type="checkbox"/> PARCIALMENTE CONTRIBUTÁRIO (%) SEG.	
DADOS BANCÁRIOS, AUTORIZAÇÃO E CONDIÇÕES PARA DÉBITO EM CONTA CORRENTE					
BANCO		AGÊNCIA		CONTA CORRENTE	
				CPF DO TITULAR DA CONTA CORRENTE	
AUTORIZO expressamente a SABEMI a comandar os descontos dos prêmios do seguro, conforme opção assinalada acima. AUTORIZO meu órgão pagador a acatá-los, respeitando os termos da presente contratação. AUTORIZO também o Banco acima a acatar os comandos dos descontos dos prêmios, integral e/ou parcial, comprometendo-me a manter saldo suficiente. Em caso de inexistência de saldo na conta corrente indicada na presente AUTORIZO a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem, a comandar os descontos em qualquer outra conta bancária vinculada ao meu CPF/MF, neste ou em outros Bancos, que pela presente ficam desde já autorizados a acatar. No caso de impossibilidade de cobrança pela opção escolhida, AUTORIZO a SABEMI e/ou empresa de cobrança a sua ordem a comandar os descontos por qualquer outra modalidade de cobrança.					
BENEFICIÁRIOS					
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL - PREENCHER O NOME COMPLETO				% PARTICIPAÇÃO	
DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE/ATIVIDADE E DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA					
DECLARO sob as penas da lei que me encontro em plenas condições de saúde e em atividade de trabalho e que não tenho nenhuma deficiência em órgãos dos sentidos (visão e/ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos, nem moléstia que me obrigue a consultar médicos ou a fazer exames periodicamente, ou a usar habitualmente medicamento ou substância medicamentosa. DECLARO ainda que não sou TRIPULANTE PROFISSIONAL OU AMADOR DE QUALQUER TIPO DE AERONAVE, que não exerço QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE PROFISSIONAL A BORDO e que não participo de COMPETIÇÕES NÁUTICAS, AUTOMOBILÍSTICAS, MOTOCICLISTICAS, PRÁTICA DE PARAQUEDISMO, VOO LIVRE OU OUTROS ESPORTES RADICAIS. DECLARO, para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas e que estou ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro, se eu tiver omitido circunstâncias que possam influenciar na aceitação da presente proposta ou no valor do prêmio perderei o direito ao valor da cobertura, além de ficar obrigado ao pagamento dos prêmios vencidos. DECLARO, por fim, que não desempenho ou desempenhei nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos e funções públicas relevantes e que não possuo vínculo de parentesco ou relacionamento próximo com pessoas que desempenham ou desempenharam nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos empregos ou funções públicas relevantes.					
Havendo algo em contrário, favor complementar sua declaração no espaço abaixo.					
AUTORIZAÇÃO DE INCLUSÃO E DECLARAÇÕES DO PROPONENTE					
I - A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. II - O registro deste seguro na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. III - O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. IV – As Condições Gerais deste produto protocolizadas pela Seguradora junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br de acordo com o número de processo 001-02162/94. Pelo presente AUTORIZO a inclusão do meu nome na apólice de Seguro de Acidentes Pessoais Coletivo contratado pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento ou na alteração de cláusulas das condições gerais e especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato serem encaminhados diretamente ao aludido Estipulante, que para tal fim fica investido dos poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não conferem ao Estipulante o direito de cancelar o seguro aqui proposto no de correr de sua vigência enquanto o pagamento do prêmio estiver sob minha responsabilidade, estando ciente, contudo, de que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos. Estou ciente de que para solicitar o cancelamento deste seguro devo fazer a solicitação mediante carta, com a minha assinatura devidamente reconhecida em cartório por autenticidade e encaminhá-la à SABEMI, no endereço constante no preâmbulo da presente. A Seguradora terá o prazo de 15 (quinze) dias a contar da recepção da proposta para a análise do risco, ficando convencionado que o início da vigência da cobertura se dará às 24 (vinte e quatro) horas do dia anterior ao pagamento do primeiro prêmio ou, no caso de desconto em folha, às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês de competência do contracheque do Segurado em que ocorrer o desconto do primeiro prêmio de Seguro. A ausência de pagamento do prêmio do seguro na data de seu vencimento implicará na suspensão automática das garantias contratadas. Caso o valor do prêmio mensal efetivamente pago, seja inferior ao contratado e/ou atualizado, o valor da garantia será ajustado proporcionalmente. Estou ciente de que a atualização monetária dos prêmios e dos capitais segurados será anual, no mesmo mês, dos anos seguintes, àquele convencionado como sendo o mês de início de vigência do seguro, através do IGPM/FGV ou, em substituição, pelo IPCA/IBGE. DECLARO que li todo o conteúdo deste contrato e que ACEITO as cláusulas estabelecidas e que recebi uma via impressa.					