

ESTIPULANTE		Nº DA APÓLICE		CORRETOR	
Central Nacional dos Aposentados e Pensionistas do Brasil – CENTRAPE				Vasconcelos e Dias Administradora e Corretora de Seguros LTDA - ME	
DADOS DO PROPONENTE					
NOME DO PROPONENTE*				Nº BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO*	
DATA DE NASCIMENTO*		IDADE*	SEXO*	ESTADO CIVIL	CPF*
RG*	ÓRGÃO EXPEDIDOR*	DATA DE EXPEDIÇÃO*		OCUPAÇÃO / CARGO	SALÁRIO
ENDEREÇO RESIDENCIAL*					
BAIRRO		CIDADE*			CEP*
TELEFONE RESIDENCIAL* ( )		CELULAR* ( )			E-MAIL*
DADOS DO SEGURO					
MORTE ACIDENTAL – MA	DESP. MED. HOSP. FRAT. E QUEIM – DMHQF	SORTEIO MENSAL (valor bruto)		SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA	PRÊMIO MENSAL INDIVIDUAL
R\$	R\$	R\$ 20.000,00		<input checked="" type="checkbox"/> ASSISTÊNCIA 24 HORAS	R\$
Os serviços de assistência 24 horas oferecidos são os seguintes e possuem condições próprias: Assistência Nutricional, Chaveiro, Reparos em Válvula Hidra, Troca de Lâmpadas, Troca de Resistência de Chuveiro, Limpeza da Residência, Segurança e Vigilância, Transporte e Guarda de Móveis, Guarda de Animais Domésticos, Guarda de Crianças, Instalação de Ventilador de Teto, Fixação de Quadros, Instalação de Chuveiro Elétrico, Instalação de Fechaduras, Instalação de Torneiras, Instalação de Persianas e Instalação de Varões e Cortinas.					
DADOS DE COBRANÇA					
PERIODICIDADE DE PAGAMENTO			CUSTEIO DO SEGURO		
MENSAL			<input checked="" type="checkbox"/> NÃO CONTRIBUTÁRIO (100% PAGO PELO ESTIPULANTE)		
BENEFICIÁRIOS					
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS EM CASO DE MORTE ACIDENTAL - PREENCHER O NOME COMPLETO				% PARTICIPAÇÃO	PARENTESCO
DECLARAÇÃO DE PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA					
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 <a href="http://www.susep.gov.br">www.susep.gov.br</a> , 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 <a href="http://www.susep.gov.br">www.susep.gov.br</a> de acordo com o número de processo 001.02162/94. V – Os sorteios são lastreados por títulos de capitalização, da modalidade incentivo, emitidos pela Zurich Brasil Capitalização S.A. (CNPJ 17.266.009/0001-41) e aprovados pela SUSEP sob o Registro SUSEP 15414.900143/2014-32. 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. Pelo presente ESTOU CIENTE que meu nome será incluído 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. Estou ciente que este seguro é por prazo determinado, que a apólice poderá deixar de ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora, sem devolução dos prêmios pagos. Fica convencionado que o início da vigência da cobertura individual do seguro se dará às 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês de competência do contracheque em que ocorrer o desconto da primeira mensalidade vinculada ao plano associativo oferecido pelo Estipulante. O seguro somente estará vigente enquanto o segurado estiver em dia com o pagamento das mensalidades associativas junto ao Estipulante. A cobertura do seguro cessará com o desaparecimento do vínculo entre o Estipulante e o segurado ou no caso de cancelamento ou final de vigência da Apólice de Seguros ou com o falecimento do Segurado. DECLARO que li todo o conteúdo deste contrato e que ACEITO as cláusulas estabelecidas e que recebi uma via impressa.					

Local e Data

X


Assinatura

SAC: 4003 1415 CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS

OUIDORIA: 0800 880 1999 | [www.sabemi.com.br](http://www.sabemi.com.br)

CTP0001091500

X-----

	FICHA DE INSCRIÇÃO		ENTIDADE SINDICAL: Central Nacional dos Aposentados e Pensionistas do Brasil – CENTRAPE			
			CNPJ: 07.164.985/0001-30		ENDEREÇO: Rua Genebra, 264 - Cj 45	
			BAIRRO: Bela Vista	CIDADE: São Paulo	UF: SP	CEP: 01.316-010
NOME DO ASSOCIADO:						
Nº BENEFÍCIO PREVIDENCIÁRIO:		DATA DE NASCIMENTO:		SEXO:	CPF:	
RG:		ÓRGÃO EXPEDIDOR:		DATA DE EXPEDIÇÃO:		
ENDEREÇO:						
BAIRRO:		CIDADE:			UF:	CEP:
TELEFONE:		CELULAR:		EMAIL:		
A presente Ficha de Inscrição tem como objeto a adesão do associado acima indicado ao quadro associativo da Central Nacional dos Aposentados e Pensionistas do Brasil – CENTRAPE. É anexo a este documento o Termo de Autorização para Desconto em Folha de Pagamento, onde o Instituto Nacional do Seguro Social - INSS fica autorizado a proceder ao desconto da mensalidade associativa do benefício previdenciário. O plano associativo administrado pela CENTRAPE oferece, aos seus associados, um rol de benefícios que poderão ser utilizados a partir do 1º (primeiro) dia subsequente ao de competência do contracheque em que foi cobrada a 1ª (primeira) mensalidade associativa. O CONTRATANTE somente terá direito à utilização dos benefícios oferecidos pela CENTRAPE enquanto estiver recebendo o benefício previdenciário e pagando as mensalidades associativas. Caso o benefício previdenciário seja suspenso, o direito de utilização dos benefícios oferecidos pela CENTRAPE também ficará suspenso pelo mesmo tempo. Quaisquer dúvidas, esclarecimentos e sugestões devem ser feitas através do telefone 0800 7709696 (em horário comercial). Declaro que recebi cópia do presente documento.						