



## PROPOSTA DE ADEÇÃO

### ESTIPULANTE

Razão Social: INSTITUTO SEGURO SOLIDARIO CNPJ: 08.039.314/0001-00

Nome do Segurado:

Endereço do Segurado:

Número:

Complemento/Bairro

CEP:

Cidade:

UF:

Telefone 1:

Telefone 2:

E-mail:

CPF:

RG:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Sexo:

☐ Feminino ☐ Masculino

Situação:

Ativo e em plena atividade profissional ☐

Remuneração mensal:

Peso:

Altura:

### COBERTURAS (valores em R\$)

COBERTURAS	CAPITAL
Morte Acidental	R\$ 60.000,00
Invalidez Por Acidente	R\$ 60.000,00
Diária de incapacidade temporária por Acidente e Doença: 60 dias de carência para Doença e franquia de 15 dias para acidente e doença	reembolso de até R\$ 5.000,00
Assistência Funeral Individual - Serviços	30 diárias de R\$ 150,00 (R\$ 4.500,00)
Assistência Proteção Pessoal - no caso de acidente pessoal, assalto, agressão, roubo e furto envolvendo o segurado, seu veículo ou residência e ferimentos pessoais decorrentes destes, devidamente declarados às autoridades competentes	Acionar serviços pela Central de atendimento através do número 0800 007 4957
Assistência Orientação Psicológica	Ilimitada para titular e familiares
Assistência Emergência Odontológica	Serviço de Assistência Odontológica de Urgência 24 horas para o titular em caso de evento em todo território nacional
Assistência Medicamentos	12 x ao ano de R\$ 150,00
Diária de internação hospitalar por Acidente e Doença: 60 dias de carência para Doença e franquia de 15 dias para acidente e doença (*)	
<b>Custo mensal individual</b>	<b>R\$ 120,00</b>

(\*) Ver descritivo das coberturas no SITE do ISS

NOME DO BENEFICIÁRIO	CPF	PARENTESCO	PARTICIPAÇÃO EM %

Cada Segurado, a qualquer tempo, poderá expressamente designar ou substituir os Beneficiários do plano de seguro. A soma dos percentuais não poderá ultrapassar os 100%. Nos casos em que não houver indicação do beneficiário, aplicar-se-á o disposto no Art. 792 e parágrafo único, do Código Civil Brasileiro.

### DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Declaro que me encontro em boas condições de saúde, em plena atividade profissional, não me encontro aposentado e nem afastado de minhas atividades laborativas estando apto para participar do presente seguro ciente de que, caso se constate que minhas afirmações não são verdadeiras e o seguro torna-se nulo e sem efeito em observância ao Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe: "Se o Segurado não fizer declarações verdadeiras e completas, omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito ao valor do seguro e pagará o prêmio vencido". Assim, se na eventual ocorrência de um sinistro ficar comprovado que o Segurado omitiu ou distorceu informações sobre seu estado de saúde, este seguro será anulado, ficando a Seguradora isenta do pagamento do valor segurado.

#### INFORMAÇÕES GERAIS

- ✓ O registro desse plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização.
- ✓ As condições contratuais/regulamento desse produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.
- ✓ 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.
- ✓ Esse seguro é por prazo determinado, tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.
- ✓ A celebração ou alteração do contrato de seguro somente poderá ser feita mediante proposta assinada pelo proponente, seu representante legal ou por corretor de seguros habilitado.
- ✓ Sua comercialização abrange todas as regiões do território nacional, ou seja, em todo o Brasil.
- ✓ O presente seguro é garantido pela Sudaseg Seguradora CNPJ 32.191.644/0001-09 Portaria: 7237 de 13/11/2018 Processos: 15414.618559/2018-33 e 15414.627224/2018-14.

Local

Data

Assinatura do Proponente

CORRETOR: JP & DUTRA CORRETORA DE SEGUROS

SUSEP: 100638137

Assinatura do corretor de seguros