

## SEGURADORA

Bradesco Vida e Previdência S.A. | Código SUSEP: 686-6 | CNPJ:  
51.990.695/0001-37  
Avenida Alphaville, n° 779, Empresarial 18 do Forte, CEP: 06472-900,  
Barueri/SP  
Processo SUSEP N° 15414.005521/2011-20

## APÓLICE

Apólice n°  
861.544

(x) Alteração - Endosso n°  
(202106101441)  
( ) Apólice Nova

## ESTIPULANTE

TOTVS S.A.

## CNPJ

53.113.791/0001-22

## SUBESTIPULANTE

## CNPJ

## DADOS DO PROPONENTE

Nome: Roberta Assis de Carvalho

CPF: 706.183.981-39

Data de Nascimento:  
03/11/2001

Sexo:  
Feminino

Estado Civil:  
Solteiro

RG:  
6555117

Salário:  
R\$ 1403,00

Matrícula:  
180050300029

Data de Admissão:  
18/10/2021

Cargo/Função:  
Estagiário de  
Desenvolvimento  
de Software

Endereço Completo: Rua 132A, QUADRA F 45 A, Lote 14

Bairro: Setor sul

CEP:  
74093-220

Cidade:  
Goiânia

UF:  
GO

Capital Segurado:

Prêmio:

## DADOS DO CÔNJUGE

Nome:

CPF:

Data de Nascimento:

Não podem participar da Cláusula Complementar de Inclusão de Cônjuge, os  
companheiros(as) e cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados  
Principais.

## VIGÊNCIA

Início: 24 horas da data de recepção desta Proposta pela Seguradora, desde que  
seja aceita.

Término: 30/04/2023 ou às 24 horas do dia do término do vínculo do Segurado  
com o Estipulante ou, ainda, do dia da solicitação de exclusão do Seguro a  
pedido do Segurado, se anterior ao término de vigência da Apólice.

## COBERTURA(S)

TAXA(S) DO  
SEGURO

## CAPITAL (IS) SEGURADO(S)

Morte

0,0366%

24 vezes o salário do  
funcionário, limitado ao mín.  
de R\$ 50.000,00 máx. de R\$  
2.778.048,00.

Morte Acidental

0,0184%

100% da cobertura de Morte.

Invalidez Permanente por Acidente*	0,0118%	Até 100% da cobertura de Morte.
Auxílio Emergencial	0,0006%	De R\$ 2.400,00.
Auxílio Funeral**	0,0034%	Limitado ao máximo de R\$ 5.000,00.
Morte do Cônjuge	0,0110%	50% da cobertura de Morte.
Auxílio Funeral Cônjuge**	0,0020%	Limitado ao máximo de R\$ 5.000,00.
Morte dos Filhos***	0,0060%	10% da cob. de Morte, lim. ao máx. de R\$ 5.000,00.
Auxílio Funeral Filhos**	0,0022%	Limitado ao máximo de R\$ 5.000,00.

A **taxa do seguro** será aplicada sobre o Capital Segurado Individual.

O **prêmio** será obtido por meio da multiplicação da taxa do seguro pelo Capital Segurado da Cobertura de Referência.

\*O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela prevista nas condições gerais do seguro sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% do valor do referido Capital.

\*\*Garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral. Serão admitidos como segurados o cônjuge/companheiro e/ou filho(s) e/ou enteado(s) e/ou o(s) menor(es) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado.

\*\*\*A presente cobertura é extensiva a Natimorto, assim entendido o nascimento sem vida, após a 20ª (vigésima) semana da gestação e devidamente comprovado através de Laudo de Exame Cadavérico e/ou Laudo Médico do respectivo Registro de Óbito, de conformidade com a Lei de registros públicos (Lei 6015 de 31/12/1973).

#### ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os prêmios e capitais segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria profissional vinculada ao Estipulante, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

FORMA DE CUSTEIO	CRITÉRIO DE CUSTEIO	EXCEDENTE TÉCNICO	REMUNERAÇÃO DO ESTIPULANTE
NÃO CONTRIBUTÁRIO	100% Estipulante 0% Segurado	60%, conforme Condições Contratuais da Apólice.	0%, conforme Condições Contratuais da Apólice
NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S) *		PARENTESCO	% PARTICIPAÇÃO

\*Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei. O Beneficiário para fins da Cobertura de Morte do Cônjuge será o Segurado Principal.

Eu na qualidade de pai/mãe/responsável legal do beneficiário (menor de 12 anos) autorizo que a Bradesco Vida e Previdência S.A. realize o tratamento dos dados pessoais do beneficiário indicado, especificamente para os fins indicados neste documento e reconheço que fui orientado a respeito das finalidades do tratamento e da possibilidade de revogação do meu consentimento a qualquer momento, ciente de que, neste caso, a criança perderá a qualidade de beneficiário.

**Pela presente autorizo a minha inclusão na apólice de Seguro de Pessoas - Coletivo** contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da referida Apólice. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta e as que não sejam do meu próprio punho que coincidam com as da cópia em meu poder. Declaro ter ciência de que:

**1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.**

**2.** Este 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.

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

**4.** 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.

**5. Se o Segurado, seu representante ou corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

**6. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela Sociedade 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 proposta de adesão.**

**7.** Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário "Comunique um Sinistro de Vida" disponível no site <http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/Atendimento/central-sinistros>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).

**8.** Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo.

**9.** Estou ciente de que as Condições Gerais e o Certificado Individual do Seguro permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site [www.bradescoseguros.com.br](http://www.bradescoseguros.com.br) e uma via impressa desses documentos pode ser solicitada à Central de Atendimento para envio pelo correio no endereço indicado nesta Proposta.

**10.** Os dados presentes neste documento ou coletados para as finalidades aqui previstas serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal n. 13.709/2018). Em razão da natureza do documento, ele pode conter dados sensíveis, que devem ser tratados com a máxima confidencialidade, jamais sendo copiados, mantidos ou utilizados para outros fins, sob pena das consequências disciplinares, administrativas e judiciais aplicáveis.

**11.** Para obter maiores informações sobre como os seus dados pessoais são tratados pela Bradesco Vida e Previdência S.A., consulte a nossa Diretiva de Privacidade disponível para consulta em [www.bradescoseguranca.com.br](http://www.bradescoseguranca.com.br).

**12.** Constitui dever do intermediário dar cumprimento integral às disposições da Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente de informações sobre eventuais conflitos de interesses na relação entre intermediário e Seguradora, se atua com exclusividade e o montante da remuneração pela intermediação deste contrato.

**A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROPONENTE.**

**DISPENSÁVEL O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE PARA SEGURADOS COM IDADE INFERIOR A 65 ANOS E CAPITAL SEGURADO ATÉ R\$ 800.000,00 E OS COM IDADE DE 66 A 70 ANOS E CAPITAL SEGURADO ATÉ R\$ 100.000,00.**

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

Data:

Assinatura do Proponente:

### INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE

Somente poderão ser incluídas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. Caso o Proponente declare acima alguma ressalva em relação ao seu estado de saúde ou de seu cônjuge, encaminhar com urgência a presente proposta de adesão para análise da Seguradora.



Central de Relacionamento  
Consultas, Informações  
e Serviços Transacionais.

Capitais e Regiões Metropolitanas:  
**4004 2704**

Demais Localidades:  
**0800 701 2714**

Das 08h às 20h,  
de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



SAC:

**0800 721 1144**

Deficiência Auditiva ou de Fala:

**0800 701 2778**

Reclamações, Cancelamentos  
e Informações Gerais:

**Atendimento 24 horas,  
7 dias por semana.**



Ouvidoria:  
**0800 701 7000**

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria:  
das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.