

PROPOSTA PARA REINTEGRAÇÃO DE VIDA



Estipulante FCEPE - FEDERAÇÃO DOS CLUBES DOS EMPREGADOS DA PETROBRAS		CNPJ 01.497.896/0001-29	Início e Fim da Vigência Individual: das 24h de ____/____/____ às 24h de ____/____/____.	
Sub-estipulante	Código do Sub-estipulante	Código do Angariador	Proposta Nº	Situação do Proponente <input type="checkbox"/> Ativo <input checked="" type="checkbox"/> Inativo
Situação do Proponente <input checked="" type="checkbox"/> Reintegração	Apólices Ativas para Reintegração: <input checked="" type="checkbox"/> VG.1(Vida) <input type="checkbox"/> VG.2(Vida) <input type="checkbox"/> VG.3(Mulher) <input checked="" type="checkbox"/> Assistência Funeral			

INFORMAÇÕES DO PROPONENTE

Proponente Principal JOSE ANTONIO OLIVEIRA MENEZES		Data de Nascimento 14/08/1956	Idade 69	CPF 53524519768
Identidade nº	Órgão Exp.	Data Emissão	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil Casado
Localizador TRANSPETRO/AGET		E-mail JAOLIVEIRAMENEZES@GMAIL.COM		Rota 811-7670
Endereço Residencial do Proponente Principal RUA ITALO CALDENZI			Número 11	Complemento
Bairro STELA MARIS	Cidade SALVADOR	UF BA	CEP 41600500	Telefone (71)36423678
E-mail Pessoal JAOLIVEIRAMENEZES@GMAIL.COM		Celular Celular WhatsApp		
Proponente Dependente (Cônjuge)		Data de Nascimento	Idade	CPF

PRODUTO APÓLICE	PLANOS		COBERTURAS CONTRATADAS	Limite Máximo do Capital Segurado Titular	Limite Máximo do Capital Segurado Cônjuge	TOTAL DE PRÊMIOS
	Titular	Cônjuge				
VIDA.1			1.Morte 2.MorteAcidental (soma-se 100% do item 1); 3.Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (até 100% do item 1); 4.Invalidez por Doença - Funcional (Antecipação de 100% do item 1); 5. Assistência Funeral (se contratado).	R\$ 119694,64	R\$	R\$ 630,40
VIDA.2			1.Morte; 2.MorteAcidental (soma-se 100% do item 1); 3.Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (até 100% do item 1);	R\$	R\$	R\$
VIDA.3 Mulher			1.Morte; 2.Diagnóstico de Câncer de Mama Feminino ou Útero ou Ovário (Antecipação de 85% do item1); 3.Auxílio Babá/Enfermeira/Empregada (antecipação de R\$ 3.000,00 do item 1);	R\$	-----X-----	R\$
PRÊMIO MENSAL TOTAL: os prêmios serão reajustados anualmente em decorrência da atualização de capitais segurados e reenquadramento da taxa/idade, conforme as condições contratuais disponíveis no site www.zurichseguros.com.br					Prêmio Mensal Total ----->>	R\$ 630,40

FORMA DE PAGAMENTO DO PRÊMIO: Consignação em folha de pagamento. NA FALTA DE MARGEM CONSIGNADA, FAVOR MANTER CONTATO COM O CEPE VIDA (21-99643-7724 ou 21-3907-6660.) PARA VALIDARMOS OUTRAS FORMAS DE PAGAMENTO.

OBS.: * EM CASO DE MORTE POR ACIDENTE, OS CAPITAIS SEGURADOS DE MORTE E MORTE ACIDENTAL SE ACUMULAM

LIMITE DE IDADE DE 70 ANOS PARA TITULAR E CÔNJUGE. CARÊNCIA DE 120 DIAS A PARTIR DA NOVA VIGÊNCIA, QUE INICIAR-SE-Á NO PRIMEIRO DIA DO MÊS SUBSEQUENTE AO PRIMEIRO PAGAMENTO.

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA A GARANTIA DO PLANO VIDA 1 OU VIDA 2

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco / Afinidade	Participação %

INDICAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS PARA A GARANTIA DO PLANO VIDA 3 MULHER

Nome Completo	Data de Nascimento	Parentesco / Afinidade	Participação %

DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES DO PROPONENTE

Considera-se PPE*

☐ Sim ☒ Não

*Pessoa Politicamente Exposta: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado nos 5 anos anteriores no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas do seu relacionamento próximo

Solicito minha inclusão na(s) apólice(s) de seguro de vida contratada(s) pelo Estipulante e assinalada(s) por mim acima. Concedo, neste ato, autorização para que o Estipulante, nesta condição, aja em meu nome no cumprimento de todas as cláusulas das condições gerais, particulares e/ou especiais deste seguro, devendo todas as comunicações ou avisos relacionados ao contrato de seguro serem encaminhados diretamente ao Estipulante que, para tal finalidade, fica investido de poderes de representação ora outorgados. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação ora outorgados não lhe dão direito de cancelar o seguro, enquanto os prêmios estiverem sendo pagos ou proceder qualquer alteração que gere ônus, dever ou obrigação no seguro aqui proposto, no decorrer de sua vigência, sem meu expresso consentimento, estando ciente, contudo, que a apólice poderá não ser renovada em seu aniversário por decisão do Estipulante ou da Seguradora.

Declaro ainda ter conhecimento que devo prestar, quando solicitadas, todas as informações relevantes para análise do risco e precificação do seguro, assumindo inteira responsabilidade pela veracidade e exatidão destas informações; ter conhecimento de que, se aceita esta proposta, a vigência do seguro terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas do último dia do mês em que ocorrer o desconto do prêmio mensal em folha de pagamento e desde que tenha a proposta de seguro sido aceita pela ZURICH SEGUROS. Declaro que tomei conhecimento de todas as cláusulas e condições que regerão o seguro ora proposto, com os quais estou de acordo, especialmente a respeito de: 1. Riscos expressamente excluídos do presente seguro e hipóteses de perda do direito à garantia; 2. Critérios para reajuste de taxas e prêmios: os segurados pertencentes à(s) apólice(s) indicada(s) acima, terão critério de taxação anual, por idade, na data de seus aniversários, terão seus prêmios automaticamente enquadrados à nova taxa da idade imediatamente posterior, conforme tabela apresentada no ato da adesão do presente seguro e reproduzida no contrato de seguro. Os segurados que ultrapassarem a idade limite estabelecida na tabela e permanecerem na apólice terão seus prêmios reajustados, anualmente, por ocasião de seus aniversários, em percentual também estabelecido na tabela apresentada no ato da adesão do presente seguro reproduzida no contrato de seguro; 3. Da existência de carência legal de 2 (dois) anos para morte decorrente de suicídio após o início da vigência do seguro individual e que, nos casos das Cláusulas de adiantamento de indenização decorrente do diagnóstico de câncer do seguro Vida 3 Mulher, existe carência de 3 (três) meses, também após o início de vigência do seguro individual. Para eventos decorrentes de morte causada por Covid-19, haverá uma carência de 90 dias a contar a partir da data do início de vigência do seguro. Segurados que comprovarem ter recebido a imunização completa considerando as vacinas contra o vírus já aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), estarão isentos desta carência. Imunização Completa: ter recebido todas as doses de vacinas necessárias e aguardar o período de efetividade das mesmas. 4. Encargos devidos por mim caso o prêmio não seja, por quaisquer razões, descontados em minha folha de pagamento, bem como prazo e forma de cancelamento automático do seguro por falta de pagamento dos prêmios; 5. As importâncias seguradas, bem como os prêmios mensais, serão atualizados, automaticamente, com base no percentual de dissídio de classe a que pertencer o segurado. Estou ciente que outras vias das condições gerais ou do contrato encontram-se à minha disposição e alcance junto ao Estipulante e/ou no corretor de seguros da apólice ou, ainda, no site da ZURICH SEGUROS (www.zurich.com.br);

AUTORIZO meu médico assistente, hospitais, clínicas e laboratórios ou quaisquer entidades públicas e privadas, a prestarem em meu nome e por meu(s) beneficiário(s), sem qualquer restrição e ressalva, informações referentes à minha saúde ou moléstia/doenças por mim eventualmente sofridas, exames e exames realizados ou prescritos, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique em discussão sobre quebra de sigilo profissional.

Aceito que todas estas declarações, autorizações e informações por mim prestadas façam parte integrante do contrato de seguro com a ZURICH SEGUROS, ficando a mesma autorizada a usá-la em qualquer época e instância, no amparo de seus direitos. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. 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 e CNPJ/CPF. Este seguro é por prazo determinado, tendo a SEGURADORA a faculdade de não renová-lo na data de vencimento, sem devolução de prêmios pagos nos termos da apólice.

ZURICH MINAS BRASIL SEGUROS S.A. - CNPJ 17.197.385/0001-21 - PROCESSO SUSEP Nº 15414.901057/2014 (VIDA TM). Autorizo a PETROBRAS - Petróleo Brasileiro S.A. ou a PETROBRAS Distribuidora S.A. ou a TRANSPETRO - Petrobras Transporte S.A. ou a PETROS Fundação Petrobras de Seguridade Social e também a _____ a debitar em minha folha de pagamento, a importância relativa ao custo mensal dos seguros indicados neste cartão-proposta, a partir do mês ____/____/____.

Os beneficiários do segurado titular serão designados livremente por ele, mediante preenchimento do campo na página 1, observadas as restrições legais impostas pelo Código Civil. Na falta de indicação de beneficiário ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, o capital segurado devido será pago em conformidade com o artigo 792 do Código Civil. O segurado poderá a qualquer tempo substituir os beneficiários indicados, prevalecendo a última indicação recebida pela seguradora sobre as anteriores. Para alteração de beneficiários, o segurado principal deverá apresentar à ZURICH Seguros, por intermédio do estipulante e/ou corretor de seguros da apólice, o respectivo pedido escrito preenchido de próprio punho, datado e assinado pelo próprio segurado, por meio de formulário apropriado. Para as garantias suplementares de inclusão facultativa de cônjuge, se contratadas, o beneficiário será sempre o segurado titular, em caso de sinistro de morte do cônjuge.

15% = Remuneração do Estipulante

Declaro, como Segurado nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, recebi todas as informações obrigatórias contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

O proponente e/ou seu representante devidamente autorizado, reconhece que, ao preencher esta proposta com fornecimento das informações nela constante, concorda que os dados pessoais e/ou de saúde serão usados e analisados por SEGURADORA para aceitação ou não do risco, e sendo estabelecido o contrato de seguro, esses dados poderão ser usados em modelos estatísticos das empresas, bem como para o fim único da execução do contrato de seguro, sendo que tais informações poderão ser compartilhadas com empresas que ajudem no cumprimento do contrato de seguro. Os dados do CLIENTE serão guardados com todo zelo e cuidado, e mantidos pelo prazo previsto pelo Regulador de Seguros.

Conforme estabelecido no Art. 3 da Circular SUSEP 642 de 20/09/2021, a renovação não automática ou quaisquer outras alterações no contrato de seguro poderão ser realizadas por proposta preenchida e assinada pelo proponente, seu representante legal ou corretor de seguros. Renovações automáticas poderão ser realizadas segundo as condições contratuais. **A Seguradora, após recebimento da Proposta, terá 15 (quinze) dias para definir pela aceitação ou recusa do risco. Após esse prazo, a ausência de manifestação da sociedade Seguradora caracterizará a aceitação tácita da proposta. A Seguradora poderá por uma única vez solicitar documentos complementares para análise e aceitação da Proposta de Contratação.** Neste caso, o prazo de 15 (quinze) dias ficará suspenso, voltando a correr a partir da data em que se der a entrega da documentação complementar. A não aceitação da Proposta de Contratação será comunicada ao Segurado, seu representante ou ao corretor do seguro.

Soma dos Prêmios: R\$ 630,40 (SEISCENTOS E TRINTA REAIS E QUARENTA CENTAVOS)

Nome do Titular da Matrícula
JOSE ANTONIO OLIVEIRA MENEZES

Matrícula
40

AVISO IMPORTANTE: Não assine sem verificar a exatidão dos dados e respostas escritas na frente e verso desta Proposta Individual de Adesão

Assinatura do Proponente Principal

Autorização do Desconto

Local e Data

Corretor

Código Susep

VG ADMINISTRAÇÃO E CORRETAGEM DE SEGUROS LTDA

10490300