|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Bradesco Vida e Previdência S/ASEGURO COLETIVO DE PESSOASProposta DE ADESÃOCNPJ 51.990.695/0001-37Cidade de Deus – Vila Yara – Osasco/SP – CEP: 06029-900Registro do Produto SUSEP Nº 15414.005521/2011-20 | **Apólice**860.478 | **Inclusão****Alteração** |
| ESTIPULANTE | CNPJ |
| FUNCESP - FUNDAÇÃO CESP | 62.465.117/0001-06 |
| SUBESTIPULANTE | CNPJ |
|       |  |
| DADOS DO PROPONENTE |
| Nome | CPF | Código |
| Data de Nascimento | Data de Admissão | Sexo M F | Estado Civil | RG | Nº de Filhos | Telefone |
| Endereço Completo      |
| Bairro | CEP | Cidade | UF |
| Condição Laborativa Ativo Aposentado Afastado - Motivo |
| **DADOS DO CÔNJUGE** |
| Nome | CPF | Data de Nascimento |
| **Vigência** |
| **Início**: 24 horas da data de recepção desta Proposta pela Seguradora, desde que seja aceita. **Término**: Conforme Condições Contratuais 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.  |
| **coberturas** | **% sobre capital segurado** |
| **segurado** | **cônjuge**  | **filhos** |
| Morte | 100% | 50% | 10% limitado a R$ 4.349,53 |
| Morte Acidental | 100% | 0% | 0% |
| Invalidez Permanente por Acidente | 100% | 0% | 0% |
| Invalidez Funcional Permanente Total por Doença | 100% | 0% | 0% |
| **CAPITAL SEGURADO** | **PRÊMIO (PARA CADA MIL REAIS DE CAPITAL SEGURADO** |
| 24 vezes o salário, limitado ao máximo de R$ 1.086.279,04 | Ativos, Autopatrocinados e Coligados = R$ 0,3488 |
| Assistidos = R$ 1,6715 |
| **ATUALIZAÇÃO DE VALORES** |
| Os Prêmios e Capitais Segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais e desde que autorizado pela Seguradora. |
| Forma de Custeio**Contributário** | Critério de Custeio100% Segurado | Excedente Técnico**70%**, conforme Condições Contratuais da Apólice. | Remuneração Estipulante7% |
|  |
| 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. |
| Pela presente, solicito 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, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes a este seguro serem encaminhados diretamente ao Estipulante, que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação.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. **Em caso de renovação, será previamente analisada a experiência da Apólice e, se for observado índice de Sinistro / Prêmio Liquido superior a 85% (oitenta e cinco por cento), as taxas (prêmios) serão recalculadas de forma a preservar o equilíbrio financeiro do seguro para a renovação**.**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 “Comunicado de Sinistro de Seguro de Pessoas” disponível no site [www.bradescoprevidencia.com.br/comunicadodesinistro](http://www.bradescoprevidencia.com.br/comunicadodesinistro), ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).**8.** Recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais deste seguro, as quais estou de pleno acordo. Estou ciente de que as Condições Gerais permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site [www.bradescoprevidencia.com.br](http://www.bradescoprevidencia.com.br) e uma via impressa desses documentos pode ser solicitada à Central de Atendimento para envio pelo correio no endereço indicado nesta Proposta.**A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROPONENTE.** |
| 1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.
 |
|  |  PROPONENTE: CÔNJUGE: |
| 1. 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: |
| 1. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.
 |
|  PROPONENTE: CÔNJUGE: |  PROPONENTE: CÔNJUGE: |
| 1. 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 RelacionamentoConsultas, Informações e Serviços Transacionais.Capitais e Regiões Metropolitanas: 4004 2704Demais Localidades: 0800 701 2714Das 08h às 20h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados. | SAC: 0800 721 1144Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778Reclamações, 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. |