|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bradesco Vida e Previdência S/A  SEGURO COLETIVO DE PESSOAS  Proposta DE ADESÃO  CNPJ 51.990.695/0001-37  Cidade de Deus – Vila Yara – Osasco/SP – CEP: 06029-900  Registro 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 Custeio  100% Segurado | | | | | Excedente Técnico  **70%**, conforme Condições Contratuais da Apólice. | | | | | | | | | | Remuneração Estipulante  7% | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |