



SEGURADORA

BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA S/A
Código SUSEP: 686-6
AV. ALPHAVILLE, 779, EMPRESARIAL 18 DO FORTE, CEP: 06472-900, BARUERI/SP
CNPJ: 051.990.695/0001-37
Processo SUSEP Nº 15414.005521/2011-20

APÓLICE

Apólice nº
865850() Alteração - Endosso nº ()
(X) Adesão

ESTIPULANTE	CNPJ
ASSOC NAC DOS EMPREGADOS CONAB - ASNAB	37.116.274/0001-50
SUBESTIPULANTE	CNPJ
007 - ASSOC NAC DOS EMPREGADOS CONAB - ASNAB	37.116.274/0001-50

DADOS DO PROPONENTE

Nome:			CPF:	
Data de Nascimento:	Sexo:	Estado Civil:	RG:	
Salário:	Matrícula:	Data de Admissão:	Cargo/Função:	
Endereço Completo:			Bairro:	
CEP:	Cidade:	UF:	Capital Segurado:	Prêmio:
E-mail:	Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Tel. Celular:	

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

A vigência do risco individual, assim entendida a vigência do Seguro, terá início a partir das 24 (vinte e quatro) horas das datas determinadas no Certificado individual e cessará com término de vigência da Apólice, salvo as hipóteses de cancelamento previstas nas Condições Gerais deste Seguro.

COBERTURA(S)	CAPITAL (IS) SEGURADO(S)
MORTE	18 vezes o salário do funcionário limitado ao mínimo de R\$ 0,01 e ao máximo de R\$ 299.261,12.
MORTE ACIDENTAL	100% da Cobertura de MORTE
INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**	Até 100% da Cobertura de MORTE
INV FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL DOENÇA*	100% da Cobertura de MORTE
MORTE DO FILHO	10% da Cobertura de MORTE limitado ao máximo de R\$ 5.787,42
MORTE DO CÔNJUGE	50% da Cobertura de MORTE
MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE	50% da Cobertura de MORTE
INVALIDEZ PERMANENTE ACIDENTE CÔNJUGE**	Até 50% da Cobertura de MORTE
COBERTURA(S)	TAXA(S) DO SEGURO
MORTE	1,0629‰
MORTE ACIDENTAL	0,0255‰



INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE**	0,0119‰
INV FUNCIONAL PERMANENTE TOTAL DOENÇA*	0,3934‰
MORTE DO FILHO	0,0007‰
MORTE DO CÔNJUGE	0,3190‰
MORTE ACIDENTAL DO CÔNJUGE	0,0076‰
INVALIDEZ PERMANENTE ACIDENTE CÔNJUGE**	0,0036‰

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.

*A concessão de auxílio doença, auxílio acidente ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio (RPPS), regime especial ou outra instituição pública ou privada não caracteriza, por si só, o quadro Clínico Incapacitante necessário à comprovação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e, portanto, não asseguram o direito à Indenização. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa também não configura o Quadro Clínico Incapacitante.

OBSERVAÇÃO

Anualmente, 60 dias antecedente ao seu aniversário, será analisada a experiência da apólice, se for verificado Índice de Sinistralidade (Sinistro+IBNR/Prêmio) superior a 64,25% (sessenta e quatro vírgula vinte e cinco por cento), será procedido o reajuste das taxas da apólice, de forma a preservar o equilíbrio técnico-financeiro da mesma. A adequação ocorrerá automaticamente no mês de aniversário da apólice e não ultrapassará 25% (vinte e cinco por cento) de reajuste.

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
Contributário	0% Estipulante 100% Segurado	0%, conforme Condições Contratuais da Apólice.	10%, 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 o 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 do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da SUSEP.
 4. O Segurado poderá consultar a situação cadastral de seu Corretor de Seguros no site 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, 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 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.
 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.
 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.
 13. Recebida a Proposta de Adesão pela Seguradora, com todos os dados exigíveis, esta será considerada integralmente aceita, abrangendo todas as coberturas contratadas, se a Seguradora sobre ela não se manifestar expressamente perante o Proponente, o que poderá ser feito por meio do Estipulante, no prazo de 15 (quinze) dias, contado do seu recebimento, explicitando o motivo da recusa.
- O referido prazo poderá ser suspenso uma única vez se a Seguradora verificar que as informações contidas na Proposta de Adesão são insuficientes para a emissão do Certificado de Seguro e solicitar a apresentação de novos documentos e/ou informações. A contagem do prazo voltará a correr a partir da data em que for protocolada na Seguradora a entrega da documentação e/ou informação solicitada.
14. Autorizo a Seguradora Bradesco Vida e Previdência S.A. a enviar por e-mail, whatsapp ou SMS informativos ou materiais publicitários sobre o meu seguro.
 15. Site para registro de reclamações dos consumidores: www.consumidor.gov.br.

OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE PARA CAPITAIS SEGURADOS SUPERIORES A R\$ 0,01.

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

PROponente:

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

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.

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



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

CÔNJUGE:

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

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.

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

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

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 18h
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.



Ouidoria:
0800 701 7000
Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouidoria:
Das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.

Acesse o portal do estipulante escaneando o QRCode abaixo:

