

Manutenção	Inclusão	Alteração Plano	Número da Proposta	Ramo 993	Apólice
Nº do Certificado			Pró-labre		
Estipulante POSTALIS - Instituto de Seguridade Social dos Correios e Telégrafos			CNPJ 00.627.638/0001-57		
Dados do Proponente Principal					
Nome do Proponente		Nº do Certificado		Data de Nascimento	
Sexo M – Masc / F - Fem	CPF	Nacionalidade	RG	Data Emissão	Órgão Emissor
Estado Civil S – Solteiro C – Casado V – Viúvo D – Divorciado/Desquitado		Matrícula		Admissão	
Salário Base	Cargo/Ocupação		Início Vigência*	Término Vigência	
Endereço Completo				Bairro	
Cidade		UF	CEP	DDD - Telefone	
Peso	Altura	Profissão		DR	

*Início de Vigência: Para os Segurados incluídos posteriormente, a cobertura individual vigorará a partir da data de aceitação do segurado pela AXA desde que seja feito o recolhimento do prêmio mensal do seguro.

Capitais Segurados		Funcionário Postalís					Funcionário ECT				
		Coberturas e Capitais Segurados									
		Proponente Principal					Cônjuge			Filhos*	
Assinale com X o plano escolhido	Contribuição Mensal	Morte	MA	IPA	DT-A ¹	Funeral	Morte	MA	IPA	Morte	
() Plano 30	3,91% do salário-base	30 vezes o salário-base ²			R\$ 2.500,00	50% da cobertura básica do segurado titular	10% da cobertura básica do segurado titular				
() Plano 60	7,81% do salário-base	60 vezes o salário-base ³			R\$ 2.500,00	50% da cobertura básica do segurado titular	10% da cobertura básica do segurado titular				
() Plano Funeral Familiar (apenas para aqueles que não contrataram nenhum outro plano)						Contribuição Mensal (Prêmio)		Coberturas e Capitais Segurados			
						% do salário - base		MA		ASFM-F	
								R\$ 100,00		R\$ 2.500,00	

Filhos*: Estarão segurados, na forma automática, os filhos e enteados do Segurado Titular, até 18 (dezoito) anos de idade. Para os filhos menores de 14 anos de idade, esta cobertura, independentemente do Capital Segurado, se limita apenas e tão somente ao reembolso das despesas com funeral, desde que devidamente comprovadas, mediante a exibição do original das notas fiscais, no limite estabelecido acima.

Importante:

¹O capital da cobertura DT-A corresponde a 30% da cobertura básica do segurado titular; ²Para os funcionários ECT, o capital é limitado a R\$R\$ 85.683,30 e para os funcionários Postalís o capital é limitado a R\$109.608,60; ³Para os funcionários ECT, o capital é limitado a R\$171.366,60 e para os funcionários Postalís o capital é limitado a R\$ 219.217,20. IOF (0,38)

Siglas: MA - Morte Acidental; IPA - Invalidez Permanente por Acidente; DT-A - Doença Terminal; ASFM-F - Assistência Funeral por Morte Familiar.

Beneficiários do Proponente Principal			
Nome	Data Nasc.	Grau Parentesco	Percentual

Em caso de morte do cônjuge e/ou dos filhos menores o beneficiário será o segurado principal. A soma dos percentuais não pode ultrapassar 100%. Os beneficiários poderão ser substituídos a qualquer tempo mediante comunicação por escrito. Na falta de indicação ou se esta não prevalecer a indenização será paga em conformidade com a legislação em vigor.

Local e Data		Assinatura do Proponente Principal ou do Responsável	
Data da Análise	Visto e Carimbo do Analista	Data da Digitação	Visto e Carimbo do Digitador

Declaração Pessoal de Saúde e Atividade

Esta declaração deverá ser preenchida de próprio punho pelo proponente principal escrevendo "SIM" ou "NÃO" no campo de respostas e as explicações nas linhas abaixo de cada resposta, quando for o caso.

1) Encontra-se atualmente em plena atividade profissional? Em caso negativo, especifique o motivo. Caso seja aposentado, especifique se a aposentadoria ocorreu por tempo de serviço/idade ou por invalidez.	"SIM" ou "NÃO"
2) É portador de alguma doença (tais como, diabetes, hipertensão, problema vascular, doença profissional) que o obrigue a consultar médico, fazer exames ou tomar algum medicamento? Em caso afirmativo, favor informar a doença, o medicamento que toma e a periodicidade das consultas médicas e dos exames.	
3) Já foi submetido a tratamento clínico (inclusive punção ou biopsia), cirúrgico, tratamento com radioterapia, quimioterapia, cobaltoterapia ou de reabilitação em regime de internação (inclusive para tratamento de dependência química de álcool ou droga)? Em caso afirmativo, favor informar qual, quando, onde e motivo?	
4) É ou foi portador de alguma deficiência de sentidos (visão ou audição), defeitos físicos em membros ou órgãos? Em caso afirmativo, favor informar a deficiência, se necessita de auxílio de pessoas, assistência mecânica, lentes de grau.	
5) Realizou ou está realizando exames para a descoberta de alguma doença (inclusive infecto-contagiosa, AIDS ou outras doenças sexualmente transmissíveis)? Em caso afirmativo, favor informar quais exames.	
6) Tem ou teve algum problema pulmonar, ou já realizou exames cardiológicos para detectar alguma doença do coração tal como, angina, arritmias cardíacas, infarto do miocárdio, doença das válvulas do coração ou outras patologias do coração e suas artérias?	
7) Tem ou teve alguma das situações: Acidente Vascular Cerebral, Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson, esclerose múltipla, doença neurológica degenerativa ou psiquiátrica (depressão ou distúrbios de comportamento), tumores, disfunção do trato gastrointestinal, próstata, bexiga, rins (insuficiência renal, tratamento de diálise/hemodiálise). Em caso afirmativo, especifique o problema e o tratamento adotado.	
8) Tem ou teve problemas nas articulações, nos ossos, nervos ou na coluna (desvios, fraturas ou hérnias de disco)? Em caso afirmativo, favor informar qual o tratamento adotado.	

Disposições Gerais

No caso de modificação do valor do seguro, em virtude de alteração do salário, taxa média ou de mudança de escala do seguro, fica o referido empregador autorizado a reajustar o valor do desconto na folha de pagamento. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora, a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral de seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. Aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. A AXA SEGURADORA terá o prazo de 15 (quinze) dias para manifestar-se sobre a Proposta de Adesão apresentada, contados da data do recebimento do documento pela Seguradora. Sou responsável pelos dados cadastrais informados, bem como por sua atualização, onde a AXA que fica autorizada a utilizá-los, em qualquer época, no amparo ou na defesa de seus direitos, comprometo-me, sempre que solicitado, a fornecer os documentos que comprovem a veracidade das informações prestadas. De acordo com o Artigo 766 Código Civil Brasileiro, se prestei declarações inexatas ou omiti informações e/ou circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no cálculo do prêmio, o seguro se torará nulo, perdendo o direito às coberturas. Os capitais segurados e os prêmios das coberturas serão atualizados anualmente com base na variação do IPCA/IBGE – Índice de Preços ao Consumidor Amplo/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, acumulado dos últimos 12 meses que antecedem o mês anterior ao aniversário do seguro. Além da atualização monetária, o prêmio sofrerá reajuste conforme definido nas condições gerais do seguro. Concordo com a presente proposta de adesão e declaro que tomei conhecimento na íntegra das Condições Contratuais do seguro, incluindo as Condições Gerais. As condições contratuais / regulamento deste produto encontram-se registradas na Susep de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta e poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br. Produto registrado na SUSEP sob o número 15414.901737/2014-61. Em atendimento à Lei 12.741/12 informamos que incidem as alíquotas de 0,65% de PIS/Pasep e de 4% de COFINS sobre os prêmios de seguros/as contribuições a planos de caráter previdenciário/os pagamentos destinados a planos de capitalização, deduzidos do estabelecido em legislação específica. SUSEP – Superintendência de Seguros Privados – Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros. Telefone gratuito de atendimento ao público 0800 021 8484 de segunda a sexta-feira das 9h30 às 17h (exceto feriados). Pelo presente, solicito minha inclusão na apólice de Seguro de Vida, conforme opção (ões) assinalada(s) acima, contratada(s) por mim junto à Seguradora, na forma prevista no Decreto Lei 73/66 e do Código Civil. Atendimento: SAC 080029243587, para deficiente auditivo 0800 292 1900; Ouvidoria 0800 292 1600;

Pelo presente, autorizo o Estipulante no verso indicado a descontar de meu salário em folha de pagamento, a importância relativa a minha contribuição para os Seguros Coletivos de Vida e/ou Acidentes Pessoais, contratados sobre minha vida e/ou do meu cônjuge com a Companhia no verso indicada, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força das Escalas das Quantias Seguradas e de acordo com as demais condições da(s) respectiva(s) Apólice(s) para as quais designo o(s) beneficiário(s) citado(s) no verso.

Local e Data	Assinatura do Proponente Principal ou do Responsável
Declaro que tomei ciência do conteúdo das Condições Gerais e Particulares deste seguro, na íntegra. Declaro ainda que a Declaração de Saúde e Atividade e que a indicação de beneficiários foram preenchidas de próprio punho (ou por meu responsável, se incapaz nos termos do Código Civil Brasileiro) e que todas as informações, respostas e declarações desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções. Estou ciente de que, se eu ou meu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, perderei o direito à garantia oferecida pela Seguradora e que tanto eu quanto os beneficiários que indiquei perderão o direito à indenização securitária, estando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.	
Corretor: All Star ADMC e Corretagem de Seguros LTDA	CNPJ: 00.643.935/0001-96
	SUSEP: 10.0224804

Local e Data:	Assinatura e Carimbo do Corretor
Sendo o proponente não alfabetizado deverá esta proposta ser firmada a rogo, assinando aqui dois outros componentes do	1ª Testemunha
	Visto do Estipulante

grupo como testemunhas e ter o visto do Estipulante.

2ª Testemunha