

Liberty VG/APC Convencional
Proposta Adesão Plano Funeral Plus
Seguro de Vida – Pessoa Física – Plano Individual

Proposta Nº	<input type="checkbox"/> Funcionário Postalís <input type="checkbox"/> Funcionário Correios
-------------	--

DADOS DA APÓLICE (Preencher todos os campos)

Estipulante: Postalís Instituto de Previdência Complementar	CNPJ 00.627.638/0001	<input type="checkbox"/> Funcionário Postalís <input type="checkbox"/> Funcionário ECT
Nº Apólice	Início de Vigência	Fim de Vigência: Conforme condições da apólice

DADOS DO PROPONENTE INDICADO (Preencher todos os campos)

Nome	CPF
Data de Nasc.:	Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado Civil:	Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe
Endereço:	Nº Complemento
Bairro: CEP	Cidade UF

DADOS DO SEGURADO (Preencher todos os campos)

Nome	CPF:
Data de Nasc.:	Matrícula: Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Estado Civil:	Salário: Admissão:

COBERTURAS/SERVIÇOS	CAPITAIS SEGURADOS (R\$)
----------------------------	---------------------------------

Morte Acidental	100,00
*Assistência Funeral Familiar Plus	4.000,00
**Prêmio mensal c/ IOF R\$ 11,41	

*Assistência Familiar Plus: Extensivo aos Segurados Titulares, Cônjuge e Filhos considerados natimorto, Filhos até 21 anos completos ou até 24 anos completos, quando universitários desde que declarados no IR, como dependente com qualquer idade, quando portador de incapacidade física ou mental, declarado no IR os pais biológicos do segurado titular, sem limite de idade para cobertura. Para os filhos menores de 14 anos de idade, a indenização prevista por esta cobertura limita-se ao reembolso de despesas com funeral, mediante a respectiva comprovação de despesas.

*Nos prêmios mensais acima já estão compreendidos os custos de IOF e Serviços Complementares.

DADOS DO CORRETOR

Vendedor	Corretor: Seguros do Brasil Cons. e Cor. de Seguros	Estab. 99024814/0003	Filial: Brasília
----------	---	----------------------	------------------

Estou ciente que para validade da minha cobertura securitária, preciso estar em dia com os pagamentos pertinentes ao prêmio do seguro aqui discriminado. Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros, bem como o débito em folha de pagamento, das parcelas do prêmio relativas a este seguro.

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio em decorrência de insuficiência de saldo para consignação implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas. Declaro que as informações ora prestadas nesta proposta de seguro são verdadeiras e completas, estando ciente que, de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro em vigor, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na fixação da taxa do prêmio, perderei o direito à garantia securitária, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido. Autorizo, neste ato, a Seguradora a obter informações sobre meu estado de saúde a qualquer tempo, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Art. 73 do Código de Ética Médica de 2009. Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações ora prestadas são verdadeiras e completas, ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro em vigor, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na fixação da taxa do prêmio, perderei direito ao valor do seguro e pagarei o prêmio vencido. Declaro ainda que estou ciente que as Condições Gerais em questão encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

Liberty Seguros S/A – CNPJ 16.1550141/0001-72 – Cód. SUSEP: 518-5 - Proc. SUSEP nº VG 10.005286/99-96 APC 10.006607/01-20

Liberty VG/APC Convencional
Proposta Adesão Plano Funeral Plus
Seguro de Vida – Pessoa Física – Plano Individual

“Declaro ser, ou ter relacionamento com Pessoa Politicamente Exposta Estrangeira, de acordo com os termos da circular 445/2012”(*) Sim Não.

Se sim, favor indicar a relação com a Pessoa Politicamente Exposta Estrangeira (Pais, Filhos, Cônjuge, outros):

(*) O Conteúdo da circular pode ser consultado no endereço:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do Segurado(a)

OBSERVAÇÕES

A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

A Liberty Seguros disporá de 15 (quinze) dias contados da data do recebimento desta Proposta na Filial para decidir-se pela sua aceitação. Em caso de não-aceitação, o prêmio eventualmente descontado será devolvido corrigido monetariamente.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem 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 do número de seu registro na SUSEP, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

A Liberty também disponibiliza um canal de Ouvidoria, com Ouvidor externo e independente, que poderá ser utilizado para revisão de processos nos casos em que o cliente não concordar com a decisão da Seguradora. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo e-mail ouvidoria@libertyseguros.com.br, pelo telefone 0800-740-3994, ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 – 11º andar – São Paulo/SP – CEP 04571-020 – a/c Ouvidoria.