

Liberty VG/APC Convencional

Cartão-Proposta

Seguro de Vida – Pessoa Física – Plano Individual

Proposta N°	Adesão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/>	Apólice N°
-------------	--	------------

DADOS DO(A) ESTIPULANTE/ SEGURADO (A) (Preencher todos os campos)

Estipulante: Postalís Instituto de Previdência Complementar		CNPJ: 00.627.638/0001-57	<input type="checkbox"/> Funcionário Postalís
			<input type="checkbox"/> Funcionário ECT
Nome do(a) Segurado(a)			
Data de Expedição			
CPF N°	RG N°	Órgão Expedidor	Data de Expedição
Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem	
Profissão (Vide riscos excluídos nas Cond. Gerais)		Renda Mensal R\$	
E-mail			Matricula n°
Endereço Residencial (rua, n°, bairro)			Cidade
UF	CEP	Telefone Residencial ()	Telefone Comercial ()
			Telefone Celular ()

COBERTURAS

Morte	IFPD- Invalidez Funcional Permanente Total por Doença
IEA- Indenização Especial por Acidente	IAF-Inclusão Automática de Filhos (10%) Limitado em R\$10.000,00
IPTA- Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	IAC-Inclusão Automática de Cônjuge**

CAPITAIS SEGURADOS

Capitais Segurado: Plano 30 ()	Plano 60 ()	Plano Funeral Familiar ()
*Prêmio mensal c/ IOF R\$	Início de Vigência ___/___/___ Mês do 1º Desconto ___/___/___	

Em caso de morte acidental, somam-se os Capitais das coberturas Morte e Indenização Especial por Acidente.
 Filhos: Estarão Segurados de forma automática, os filhos do Segurado titular, até 21 anos. 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.

**O cônjuge automático participa de todas as coberturas do titular, exceto da cobertura de IFPD.

SERVIÇOS COMPLEMENTARES (Limites: vide Condições Gerais)

Liberty Assistência Funeral – Familiar (Titular+Cônjuge+Filhos***)

*** Extensivo aos segurados Titulares, Cônjuge e Filhos considerados natimortos, Filhos até 21 anos completos ou até 24 anos completos quando universitários desde que declarado no IR como dependente; com qualquer idade quando portador de incapacidade física ou mental, declarado no IR.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Data de Nascimento	Grau de Parentesco	% de Indenização

DADOS DO CORRETOR

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

QUESTIONÁRIO DE ATIVIDADES / DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS)

Responda de próprio punho SIM ou NÃO. Explique, quando necessário.

Descrição	Titular	Cônjuge	Observações
1. Encontra-se atualmente em plenas condições de saúde e em plena atividade de trabalho? Caso negativo, qual o motivo?			
2. É aposentado por invalidez e/ ou deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Caso positivo, esclareça.			
3. Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica (inclusive biópsia), realizou exames laboratoriais ou para detecção da AIDS, diabetes, doenças digestivas, renais, hepáticas e circulatórias? Caso tenha realizado os exames ou submetido a intervenção cirúrgica, informar quais e anexar a cópia dos exames.			
4. Faz uso de algum medicamento de forma rotineira ou já fez tratamentos com quimioterapia, radioterapia ou outro tipo de tratamento por período prolongado? Esclarecer.			
5. Além dos procedimentos citados anteriormente, sofreu nos últimos 5 anos de alguma doença ou moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quando? Indique doenças, detalhes, diagnósticos e períodos de internação.			
6. É tripulante profissional ou amador de qualquer aeronave, exerce alguma atividade profissional a bordo, pratica pára-quedismo, vôo livre ou praticante de esportes como: motociclismo, automobilismo, hipismo, rodeio, balonismo, asa delta, alpinismo, escalada, <i>bungee-jumping</i> , rapel, arborismo, mergulho ou outro esporte considerado de alto risco?			

DECLARAÇÃO DO SEGURADO (A) / PROPONENTE

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.

“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) / Proponente

Liberty VG/APC Convencional
Cartão-Proposta
Seguro de Vida – Pessoa Física – Plano Individual

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.