

| | | | |
|-------------|--|--------------------------|------------------|
| Proposta N° | Adesão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> | Apólice N° 93.09.441.436 | Filial: Brasília |
|-------------|--|--------------------------|------------------|

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 Correios |
| Nome do(a) Segurado(a) | | | |
| Data de Expedição | | | |
| CPF N° | RG N° | Órgão Expedidor | Data de Expedição |
| Data de Nascimento | Estado Civil | ***Cônjuge é Segurado Titular ECT/ Postalís? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem |
| Profissão (Vide riscos excluídos nas Cond. Gerais) | | Salário Bruto 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** |
| Assistência Funeral Familiar R\$ 4.000,00 | |
| Assistência Funeral Familiar - 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. 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. | |

CAPITAIS SEGURADOS

| | |
|----------------------------------|---|
| Capitais Segurados: Plano 30 () | Plano 60 () |
| *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.

*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.

***Não podem ser incluídos no seguro, na qualidade de Segurados Dependentes, seja na forma automática, os cônjuges e companheiros que já ostentem a qualidade de Segurado Principal na mesma Apólice.

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 | Comissão: 2% | Pró-labore: 20% |
|-----------|--|---------------------|--------------|-----------------|

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-queda, 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 estar ciente ser responsabilidade do intermediário de seguro atender ao previsto na Resolução CNSP 382/20, no que se refere ao relacionamento com o cliente, especialmente sobre as informações que devem ser disponibilizadas antes da aquisição do produto de seguro, tendo sido a mim prestadas todas as informações necessárias. Declaro estar ainda ciente de que, havendo alguma nova dúvida, poderei contatar o intermediário do meu seguro.

“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

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.

Prezado Segurado, o Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº 13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.