

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

| | | | |
|-------------|---|---------------------------|------------------|
| Proposta Nº | <input type="checkbox"/> Adesão <input type="checkbox"/> Alteração | Nº Apólice: 93.09.441.702 | Filial: Brasília |
|-------------|---|---------------------------|------------------|

DADOS DA APÓLICE (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 |
| Início de Vigência | Fim de Vigência: Conforme condições da apólice | |

PROPONENTE AGREGADO (Preencher todos os campos)

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

DADOS DO PROPONENTE SEGURADO (Preencher todos os campos)

| | | | |
|----------------|---|--|----|
| Nome | CPF | | |
| Data de Nasc.: | Matrícula: | 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 |

COBERTURAS/SERVIÇOS

CAPITAIS SEGURADOS (R\$)

| | |
|----------------------------------|----------|
| Morte Acidental | 100,00 |
| *Assistência Funeral | 4.000,00 |
| **Prêmio mensal c/ IOF R\$ 13,81 | |

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

Será cobrado o prêmio de R\$13,81 para cada agregado do segurado titular.

DADOS DO CORRETOR

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

DECLARAÇÃO

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, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução”.

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/biblioteca/web/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.

Para informações adicionais ou esclarecimento de dúvidas, entre em contato com seu Corretor de seguros ou, se preferir, utilize nosso canal de comunicação com o Segurado(a): faleconosco@libertyseguros.com.br.

Caso não fique satisfeito com a solução do nosso time de atendimento, poderá recorrer a Ouvidoria.

A Ouvidoria Liberty atua com Ouvidor independente e com autonomia de decisão. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde também é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - São Paulo/SP – CEP 04571-020 – a/c Ouvidoria.

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.

As Partes concordam que o presente documento poderá ser assinado por qualquer meio legalmente admitido, podendo ser firmado inclusive por meios eletrônicos, ainda que não se utilize de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil; admitindo como válido, para todos os fins e assumindo cada Parte a responsabilidade por adotar as medidas necessárias para garantir a autenticidade e a preservação de seu conteúdo.

“Declaro, como Corretor nesta contratação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução”.