

PROPOSTA DE ADESÃO

Seguro AP

MAG

SEGUROS GRUPO MONGERAL S.A. LEGON

PARA USO DA SEGURADORA

Seguro <input type="checkbox"/> Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração	Nº do Contrato:	Nº do Subcontrato:	Nº Apólice:	Início de Vigência:
--------------------------------------------------------------------------------	-----------------	--------------------	-------------	---------------------

DADOS DO ESTIPULANTE

AMN - ABRIGO DO MARINHEIRO (MATRIZ) Rua Teófilo Otoni n 52, 13ª andar, Centro - Rio de Janeiro CEP: 20090-070	CNPJ 72.063.654/0001-75
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

DADOS DO CONSIGNANTE

Nome Completo:			Matricula:			
CPF:	RG:	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Viúvo
Endereço do Consignante:			Complemento:			
Cidade/UF:					CEP:	
Telefone 1:	Telefone 2:		E-mail:			

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo:			Data de Nascimento			
CPF:	RG:	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável	<input type="checkbox"/> Viúvo
PropONENTE: <input type="checkbox"/> o próprio <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho <input type="checkbox"/> pai/mãe <input type="checkbox"/> avô /avó			Remuneração Estipulante: SIM			

CONDIÇÕES /COBERTURAS/ CAPITAL SEGURADO

Morte Acidental R\$:	IPA Até R\$:	Sorteio Semanal R\$:	Taxa:
Prêmio Total: <input type="checkbox"/> Mensal VALOR R\$:		Prêmio Total: <input type="checkbox"/> Anual VALOR R\$:	

A aceitação estará sujeita à análise do risco e a MAG Seguros tem o prazo de até 15 dias, contados da data que vier a ser registrada pelo relógio protocolo, para manifestar-se em relação à aceitação ou recusa desta proposta. Este prazo será suspenso quando necessária a requisição de outros documentos ou dados para análise do risco. Essa eventual suspensão terminará quando forem protocolados os documentos ou dados para análise do risco. Caso não haja manifestação de recusa desta proposta pela MAG Seguros no prazo antes referido, a aceitação da proposta se dará automaticamente. No caso de não aceitação da proposta, o valor já aportado será devolvido, atualizado até a data da efetiva restituição, de acordo com a regulamentação em vigor.

Importante: Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice. Caso a taxa do seguro seja por faixa etária, sofrerá aumento de acordo com a mudança de faixa do Segurado, conforme definido nas Condições Gerais. **O Término de Vigência Individual não deverá ultrapassar o Término de Vigência do Contrato.**

BENEFICIÁRIOS

Nome Completo	Parentesco*	% Participação	Data de Nascimento

* A - Avô(ô); C - Cônjuge; F - Filho(a); H - Companheiro(a); I - Irmão(ã); M - Mãe; N - Neto(a); P - Pai; S - Sobrinho(a); T - Tio(a); U - Nenhum

Inexistindo indicação, o benefício será pago de acordo com os artigos 792 e 1.829 do Código Civil). O segurado poderá, a qualquer tempo, alterar os beneficiários indicados, assim como os percentuais estabelecidos.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a 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, nome completo, CNPJ ou CPF. As condições contratuais deste produto protocolizadas pela sociedade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta.

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE

Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e estou ciente de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art. 766 do Código Civil. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações sobre meu estado de saúde, atual ou pretérito, isentando-os, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional. Comprometo-me a informar à Seguradora a minha condição de pessoa politicamente exposta, mesmo que ocorrida após o preenchimento desta proposta, durante a vigência do(s) plano(s) por mim contratado(s) conforme legislação vigente. Declaro, ainda, que tive prévio e expresso conhecimento e estou de acordo com os termos dos regulamentos/condições gerais e atualização monetária, sendo que este ocorrerá, quando previstos no plano, anualmente, no mês de aniversário da contratação do plano. Reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos regulamentos/condições gerais, sabendo que a aceitação estará sujeita à análise do risco por parte da MAG Seguros. No caso de recusa, o valor adiantado de contribuição, quando for o caso, será devolvido ao proponente, atualizado até a data da efetiva restituição. Para as coberturas que são estruturadas na modalidade de apólices coletivas, concedo ao Estipulante o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração das cláusulas e condições da apólice, conforme previsto nos artigos 774 e 801 do Código Civil e no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004. Estou ciente de que a apólice poderá não ser renovada em seu aniversário, por decisão do Estipulante ou da Seguradora. Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art. 1º da Resolução CNSP 107/2004, pelo presente concedo ao Abrigo do Marinheiro da(s) apólice(s) em questão o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas e condições gerais e especiais da(s) referida(s) apólice(s), devendo todas as comunicações e avisos referentes ao contrato serem encaminhados diretamente àquele que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação. No entanto, fica ressalvado que os poderes de representação, ora outorgados, não lhe dão o direito a cancelar o seguro aqui proposto sem meu consentimento expresso, enquanto o pagamento dos prêmios ocorrer integralmente sob minha responsabilidade, estando ciente de que a(s) apólice(s) poderá(ão) não ser renovada(s) em seu aniversário, por decisão do Abrigo do Marinheiro ou da Seguradora.

O PROPONENTE CONSIDERA-SE UMA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA. Qual Cargo? _____

Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos 5 (cinco) anos anteriores, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. São considerados familiares os parentes, na linha direta, até o primeiro grau, o cônjuge, o companheiro, a companheira, o enteado e a enteada, conforme definido na Circular SUSEP Nº 445/2012.

CUSTEIO: SEGURO 100% CONTRIBUTÁRIO

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO: Autorizo a MAG Seguros a descontar no meu Bilhete de Pagamento, o valor correspondente ao(s) prêmio(s) do(s) plano(s) contratado(s) nesta proposta. No caso de modificação do valor do seguro, em virtude de alterações de taxa média ou mudança de capital, fica o referido Estipulante autorizado a reajustar o valor do desconto. Quando não houver margem consignável, terei a alternativa de pagamento da diferença através de boleto bancário. Nos casos em que o prêmio for descontado em folha, a cobertura do seguro vigorará a partir da zero hora do primeiro dia do mês que ocorrer o repasse do prêmio à Seguradora, ou, excepcionalmente, no dia subsequente à data em que for feito o pagamento do prêmio, mediante recibo passado pela seguradora.

PAGAMENTO POR BOLETO BANCARIO /FICHA DE COMPENSAÇÃO

ESTOU CIENTE QUE :

- A falta de pagamento de três mensalidades consecutivas ou atraso de uma ou mais mensalidades, por um período superior a três mensalidades, ocasionará o cancelamento do meu seguro. Ocorrendo o sinistro a partir de 90 dias de inadimplência, não será devido o pagamento da indenização.
- Que o máximo de planos que posso contratar está limitado a 5 (cinco) por proponente, e caso seja verificado na ocorrência do sinistro, contratações superiores a esse limite, a responsabilidade da seguradora fica limitada ao capital máximo e à devolução dos prêmios pagos a maior.
- O pagamento do capital segurado para a Cobertura Especial de Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA, será proporcional ao grau de invalidez apurado, tendo como parâmetro a tabela de invalidez da Susep, limitada ao percentual definido na cobertura. Em nenhuma hipótese será considerado o laudo do INSS e DPVAT para apuração desta cobertura.

Local e Data

Assinatura Consignante

Assinatura Proponente

Dados do Corretor/ Contato: MAPMA CORRETORA DE SEGUROS E CONSULTORIA LTDA	Código Susep do Corretor: 10.061617-6	CNPJ: 06.865.397/0001-60
Protocolo da MAG Seguros:	Análise (visto e nome):	

Obs.: Quando o proponente for analfabeto no lugar de sua assinatura deverão constar a posição de sua impressão digital e o carimbo e visto do Estipulante.

-Este material possui informações reduzidas. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep¹ poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com Processo SUSEP FE: 15414.003037/2012-47 e TM: 15414.003038/2012-91 constante da apólice/proposta.

-As coberturas e Capitais Segurados podem ser consultados no site www.mapma.com.br/abrigo/acidentes-pessoais.

Em caso de dúvidas, acessar ao site do Estipulante (www.abrigo.org.br) onde estarão disponibilizadas informações sobre os seguros e os canais de contato.