

Estipulante: AMN - ABRIGO DO MARINHEIRO (MATRIZ)		Nº do Contrato:
Endereço: Praça Mauá, 65, Edifício Suboficial Adalberto Cardoso - Centro - Rio de Janeiro-RJ - CEP 20081-240		Nº do Subcontrato:
CNPJ : 72.063.654/0001-75	Tel.	Nº Apólice :

Agenciador:	OM:
-------------	-----

1 - Inclusão/Exclusão de Segurado	2 - Alteração de Capital Segurado	3 - Forma de Pagamento
1.1 Inclusão de Titular <input type="checkbox"/>	2.1 - Elevação (Plano Único) <input type="checkbox"/>	3.1 - Boleto Bancário <input type="checkbox"/>
1.2 Inclusão de Cônjuge <input type="checkbox"/>	2.2 - Redução (Todos os Planos) <input type="checkbox"/>	3.2 - Débito em conta <input type="checkbox"/>
1.3 Continuidade <input type="checkbox"/>		3.3 - B.P. <input type="checkbox"/>

Nome do Segurado:	Matrícula:
-------------------	------------

Endereço do Segurado :	Numero :
------------------------	----------

Complemento/Bairro	CEP:
--------------------	------

Cidade:	UF:	Telefone1:	Telefone 2:
---------	-----	------------	-------------

E-mail:

CPF:	RG:	Data de Nascimento:	Estado Civil:	Sexo:
------	-----	---------------------	---------------	-------

				<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
--	--	--	--	--

Situação: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Pensionista Civil <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/> Pensionista Militar				Peso:
---	--	--	--	-------

Remuneração Estipulante: 10%				Altura:
------------------------------	--	--	--	---------

Militar (*Ver legenda no fim do documento)				Civil (*Ver legenda no fim do documento)
--	--	--	--	--

Cônjuge :				CPF:	Data Nascimento : / /
-----------	--	--	--	------	-------------------------------

A aceitação da proposta estará sujeita à análise de risco pela seguradora.. A Prudential do Brasil terá 15 (quinze) dias da data do recebimento desta Proposta de Adesão, para aceitá-la ou recusá-la. Em caso de recusa, o prêmio pago será devolvido com correção monetária. Uma vez aprovada a proposta pela Seguradora, a(s) cobertura(s) do(s) segurado(s) vigorará(ão) conforme definido no item Início de Vigência do Risco Individual definido nas Condições Gerais.

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 Particulares. O Término de Vigência Individual não deverá ultrapassar o Término de Vigência do Contrato

Planos Contratados

<input type="checkbox"/> Plano Único: Classe: _____ S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plano Básico: Tipo: _____ Classe: _____ S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
---	--

<input type="checkbox"/> Plano Opcional: Tipo: _____ Classe: _____ S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plano Especial: Tipo: _____ Classe: _____ S <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/>
--	--

As Coberturas e valores de Capital Segurado podem ser consultados NO CERTIFICADO E NO SITE do Estipulante.

O indexador dos planos é o IPCA ou IGP-M (o que for menor). A atualização monetária, das contribuições e dos benefícios ocorrerá anualmente, no mês de aniversário da contratação do plano.

Beneficiários Instituídos pelo Proponente

Nome Completo	Relacionamento	Nacionalidade	Data de Nascimento	% Único	% Básico	% Opcional	%Especial
---------------	----------------	---------------	--------------------	---------	----------	------------	-----------

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

☐ O SEGURADO TITULAR 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, conforme estabelecido no artigo 4º da Circular Susep 612/2021.

- **DECLARO QUE OS BENEFICIÁRIOS** deste(s) seguro(s) são os definidos neste documento, ficando revogada e sem nenhum valor, a designação constante na proposta inicial ou em atualizações anteriores à presente. Na ausência de indicação de beneficiários, ou se por algum motivo não prevalecer a indicação feita, a indenização será paga nos termos da legislação em vigor. Na hipótese de morte do(s) beneficiário(s) indicado(s) ocorrer antes do Segurado Titular (premoriência), a parte a ele(s) determinada será paga ao(s) beneficiário(s) indicado(s) como secundário(s) na apólice, desde que não exista(m) herdeiros legais do segurado titular, onde neste caso, a indenização deverá ser partilhada conforme determinado pela legislação em vigor.

- **AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO:** Pelo presente autorizo o Estipulante acima indicado a deduzir **mensalmente** na data de recebimento do meu ordenado a importância necessária para cobrir minha parte do(s) seguro(s) aqui mencionado(s) realizado pela Prudential. 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.

- **Tenho conhecimento de que, a qualquer momento, é permitida a redução do capital segurado dos planos contratados, ou a sua elevação (apenas para o Plano Único), e que, nessa opção, o novo prêmio corresponderá à faixa etária do proponente/cônjuge (a do que tiver a maior idade) na ocasião da alteração. A aceitação desta mudança estará condicionada à avaliação da Declaração de Saúde por parte da Seguradora.**

- **TENHO CIÊNCIA QUE, a falta de pagamento de três mensalidades consecutivas ou atraso de uma ou mais mensalidades, por um período superior a três meses; ou por pagamento parcial de prêmio que não tenha sido complementado em até 180 dias, ocasionará o cancelamento do meu seguro. Ocorrendo o sinistro a partir de 90 dias de inadimplência, não será devido o pagamento da indenização.** Para que isto seja evitado, a seguradora expedirá uma carta padrão ao TITULAR, após a constatação do segundo inadimplemento, alertando-o sobre o cancelamento iminente da(s) cobertura(s). Caso o fato se repita pela terceira vez, a(s) cobertura(s) correspondente(s) será(ão) cancelado(s). **Os Consignantes que não possuam margem consignável suficiente para o débito total do seguro através de BP, terão o prazo de 180 dias para regularização da pendência, caso contrário a apólice será automaticamente cancelada.**

Declaração Pessoal de Saúde — Preencher de Próprio Punho

Reconheço que as informações a seguir, foram prestadas por mim :

Voce tem conhecimento de ser portador de quaisquer doenças ou lesões que exijam tratamento médico?

☐ SIM ☐ NÃO

Você está afastado de suas atividades habituais por motivo de saúde?

☐ SIM ☐ NÃO

1) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
2) Considera-se atualmente em boas condições de saúde	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
3) Faz uso de algum medicamento?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
4) Tem deficiência de órgão, membros ou sentidos?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
5) Sofre atualmente, ou sofreu nos últimos 5 anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Se afirmativo, indique a moléstia, período e forneça mais detalhes.	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos por períodos prolongados?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
7) Prática esporte de risco*, ou qualquer outra atividade esportiva de forma amadora ou profissional?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
8) Já teve alguma proposta de seguro de vida ou de acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
9) Já recebeu indenização por invalidez por acidente ou doença?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO

*Exemplos de esportes de risco: pára-quedismo, vôo livre, alpinismo, ultraleve, motocross, mototrail, caça submarina, bungee jumping, rafting, skysurf, artes marciais, entre outros.

Esclarecimentos sobre a declaração de saúde:

Disclaimer consentimento/Adequação para tratamento de dados pessoais

Estou ciente de que os dados presentes neste documento serão utilizados única e exclusivamente para cumprir com a finalidade a que se destinam e em respeito a toda a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados, inclusive, mas não se limitando à Lei Geral de Proteção de Dados (Lei Federal nº 13.709/2018). Para obter mais informações sobre como os meus dados pessoais são tratados pela Prudential do Brasil, poderei consultar a Política de Privacidade da Prudential do Brasil disponível em www.prudential.com.br/politica-de-privacidade.

Cancelamento do Seguro

- A apólice de seguro poderá ser cancelada: 1.durante a sua vigência, por acordo entre a Seguradora e Estipulante; 2.se a apólice de seguro não for renovada ao final de sua vigência ; 3.por determinação do Estipulante em cancelar o seguro; 4.o segurado Titular solicitar o cancelamento do seguro;5.por cessação do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando o período de vigência correspondente ao prêmio pago; 6.se o segurado agravar intencionalmente o risco ; 7.se o segurado, seus beneficiários ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agir em dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora e/ou, simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter indenização ou dificultar sua elucidação.

Local : _____ Data : _____

Assinatura:

Dados do Corretor/ Contato: MAPMA CORRETORA DE SEGUROS E CONSULTORIA LTDA	Código Susep do Corretor: 202022366	CNPJ : 06.865.397/0001-60
Protocolo da Prudential do Brasil Seguros S/A:	Análise (visto e nome):	

Obs.: Caso o segurado titular não saiba ler nem escrever, o instrumento poderá ser assinado a rogo e subscrito por duas testemunhas (artigo 595 do Código Civil Brasileiro).

Legenda Militar (PST / GR)			Legenda Civil		
Alte - Almirante	CC - Capitão-de-Corveta	1S - Primeiro-Sargento	NSUP - Nível Superior		
AE - Almirante de Esquadra	CT - Capitão-Tenente	2S - Segundo-Sargento	NINT - Nível Intermediário		
VA - Vice-Almirante	1T - Primeiro-Tenente	3S - Terceiro-Sargento	NAUX - Nível Auxiliar		
CA - Contra-Almirante	2T - Segundo-Tenente	CB - Cabo			
CMG - Capitão-de-Mar-e-Guerra	GM - Guarda-Marinha	MM - Marinheiro			
CF - Capitão-de-Fragata	Asp - Aspirante	RC - Recruta	S - Simplex (só titular)		
	SO - Suboficial	GR - Grumete	D - Duplo (como cônjuge/companheira(o))		

- 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 Processo SUSEP NR: 15414.650452/2021-85 constante da apólice/proposta.

- As coberturas e Capitais Segurados podem ser consultados no site www.mapma.com.br/abrigo/seguro-de-vida.

- 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.

*SUSEP- Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.