

SEGURADORA

Bradesco Vida e Previdência S.A.
Código SUSEP: 686-6
Avenida Alphaville, nº 779, Empresarial 18 do Forte, CEP: 06472-900, Barueri/SP
CNPJ: 51.990.695/0001-37
Processo SUSEP Nº 15414.002914/2006-14

APÓLICE

Apólice nº
853.954

Alteração – Endosso nº (39)
 Apólice Nova

ESTIPULANTE**FEDERAÇÃO DAS ASSOCIAÇÕES DOS EMPREGADOS DA EMBRAPA****CNPJ****01.264.217/0001-71****SUBESTIPULANTE****001, 101, 102, 103, 106, 107, 108, 109, 111, 112****CNPJ****DADOS DO PROPONENTE**

| | | | | |
|---------------------|------------|-------------------|-------------------|---------|
| Nome: | | | CPF: | |
| Data de Nascimento: | Sexo: | Estado Civil: | RG: | |
| Salário: | Matrícula: | Data de Admissão: | Cargo/Função: | |
| Endereço Completo: | | | Bairro: | |
| CEP: | Cidade: | UF: | Capital Segurado: | Prêmio: |

DADOS DO CÔNJUGE

| | | |
|-------|------|---------------------|
| Nome: | CPF: | Data de Nascimento: |
|-------|------|---------------------|

Não podem participar da Cláusula Complementar de Inclusão de Cônjuge, os companheiros(as) e cônjuges que façam parte do Grupo Segurável de Segurados Principais.

VIGÊNCIA

Início: 24 horas da data de recepção desta Proposta pela Seguradora, desde que seja aceita.

Término: 31/10/2018 ou às 24 horas do dia do término do vínculo do Segurado com o Estipulante ou, ainda, do dia da solicitação de exclusão do Seguro a pedido do Segurado, se anterior ao término de vigência da Apólice.

| COBERTURA(S) FUNCIONÁRIOS E ASSOCIADOS | TAXA(S) DO SEGURO | CAPITAL(IS) SEGURADO(S) |
|---|------------------------------|--|
| Morte | 0,4750% | 50, 75, 100, 150 ou 200 vezes o salário de referência PCS da Embrapa, limitado ao mínimo de R\$ 156.921,79 e ao máximo de R\$ 627.687,13 |
| Morte Acidental | 0,0353% | 100% da Cob. de Morte |
| Invalidez Permanente por Acidente* | 0,0165% | Até 100% da Cob. de Morte |
| Invalidez Funcional Permanente Total por Doença** | 0,1758% | 100% da Cob. de Morte |
| Morte Cônjuge | 0,1426% | 50% da Cob. de Morte |
| Morte Acidental Cônjuge | 0,0106% | 50% da Cob. de Morte Acidental |
| Invalidez Permanente por Acidente Cônjuge* | 0,0049% | Até 50% da Cob. de Inv. Perm. por Acidente |
| Morte Filhos*** | 0,0032% | 25% da Cob. de Morte, lim. a R\$ 21.951,60 |

A taxa do seguro será aplicada sobre o Capital Segurado Individual.

O prêmio será obtido por meio da multiplicação da taxa do seguro pelo Capital Segurado da Cobertura de Referência.

*O valor da Indenização para a Cobertura de Invalidez Permanente por Acidente será apurado mediante a aplicação dos percentuais estabelecidos na Tabela prevista nas condições gerais do seguro sobre o valor do Capital Segurado estabelecido para esta Cobertura, e estará limitada a 100% do valor do referido Capital.

**A concessão de auxílio doença, auxílio acidente ou aposentadoria por invalidez pela Previdência Social (INSS), por regime próprio (RPPS), regime especial ou outra instituição pública ou privada não caracteriza, por si só, o quadro Clínico Incapacitante necessário à comprovação da Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença e, portanto, não asseguram o direito à Indenização. Da mesma forma, a incapacidade laborativa, seja ela total ou parcial, temporária ou definitiva, caracterizada pela incapacidade para o exercício de determinada atividade profissional ou laborativa também não configura o Quadro Clínico Incapacitante.

***A presente cobertura é extensiva a Natimorto, assim entendido o nascimento sem vida, após a 20ª (vigésima) semana da gestação e devidamente comprovado através de Laudo de Exame Cadavérico e/ou Laudo Médico do respectivo Registro de Óbito, de conformidade com a Lei de registros públicos (Lei 6015 de 31/12/1973).

ATUALIZAÇÃO DE VALORES

Os prêmios e capitais segurados serão atualizados anualmente pelo mesmo percentual do dissídio coletivo da categoria profissional vinculada ao Estipulante, ou conforme estabelecido nas Condições Contratuais.

| FORMA DE CUSTEIO | CRITÉRIO DE CUSTEIO | EXCEDENTE TÉCNICO | REMUNERAÇÃO DO ESTIPULANTE |
|---|---------------------------------|---|--|
| CONTRIBUTÁRIO | 0% Estipulante 100% Segurado | 50%, conforme Condições Contratuais da Apólice. | 15%, conforme Condições Contratuais da Apólice |
| NOME DO(S) BENEFICIÁRIO(S) INDICADO(S)* | PARENTESCO | % PARTICIPAÇÃO | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

*Na falta de indicação expressa de beneficiários ou se, por qualquer motivo, não prevalecer a que for feita, serão beneficiários aqueles indicados por lei.

O Beneficiário para fins da Cobertura de Morte do Cônjuge será o Segurado Principal.

Pela presente autorizo a minha inclusão na apólice de Seguro de Pessoas – Coletivo contratada pelo Estipulante acima, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento de todas as obrigações estabelecidas nas Condições Gerais e Especiais da referida Apólice. Assumo a responsabilidade por todas as informações prestadas e declarações feitas nesta proposta e as que não sejam do meu próprio punho que coincidam com as da cópia em meu poder. Declaro ter ciência de que:

1. A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.

2. Este seguro é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data do vencimento sem devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

3. O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização.

4. 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.

5. Se o Segurado, seu representante ou corretor de seguros fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou no valor do prêmio, ficará prejudicado o direito à indenização, além de estar o Segurado obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

6. 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 proposta de adesão.

7. Na ocorrência de sinistro a comunicação poderá ser realizada mediante preenchimento do formulário “Comunique um Sinistro de Vida” disponível no site <http://www.bradescoseguros.com.br/wps/portal/TransforDigital/Site/Atendimento/central-sinistros>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).

8. Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo.

9. Estou ciente de que as Condições Gerais e o Certificado Individual do Seguro permanecem disponíveis a qualquer tempo, no site www.bradescoseguros.com.br e uma via impressa desses documentos pode ser solicitada à Central de Atendimento para envio pelo correio no endereço indicado nesta Proposta.

A DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (ABAIXO) DEVE SER PREENCHIDA DE PRÓPRIO PUNHO, EM TODOS OS CAMPOS, PELO PROPONENTE.

1. Encontra-se em plena atividade de trabalho? Se não, justifique.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

2. Sofre atualmente ou sofreu nos últimos cinco anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se ou submeter-se a intervenções cirúrgicas? Especifique detalhes da doença e/ou acidente, da cirurgia e quando ocorreu.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

3. Possui deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Especifique detalhes, inclusive grau de deficiência.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

4. Fez ou faz uso de medicamentos em geral de forma rotineira? Em caso positivo, esclareça quais medicamentos e os motivos.

PROPONENTE:

CÔNJUGE:

Data:

Assinatura do Proponente:

INSTRUÇÕES AO ESTIPULANTE

Somente poderão ser incluídas neste Seguro, pessoas que estejam em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional. Caso o Proponente declare acima alguma ressalva em relação ao seu estado de saúde ou de seu cônjuge, encaminhar com urgência a presente proposta de adesão para análise da Seguradora.



Central de Relacionamento
Consultas, Informações
e Serviços Transacionais.

Capitais e Regiões Metropolitanas:
4004 2704

Demais Localidades:
0800 701 2714

Das 08h às 20h,
de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.



SAC:

0800 721 1144

Deficiência Auditiva ou de Fala:
0800 701 2778

Reclamações, Cancelamentos
e Informações Gerais:
**Atendimento 24 horas,
7 dias por semana.**



Ouvidoria:

0800 701 7000

Se não ficar satisfeito com a solução apresentada, contate a Ouvidoria:
das 08h às 18h, de 2ª a 6ª feira, exceto feriados.