



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO
PROPOSTA DE ADESÃO**

Plano 1

Bradesco Vida e Previdência S.A. - Código 686-6 Av. Alphaville, 779, Empresarial 18 do Forte, CEP: 06472-900 Barueri-SP CNPJ: 51.990.695/0001-37 Processo SUSEP Nº 15414.005521/2011-20	Apólice nº 861.521 Cód. do Produtor: _____	<input checked="" type="checkbox"/> Apólice Nova <input type="checkbox"/> Alteração - Endosso nº ()
---	---	---

ESTIPULANTE	CNPJ
ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E SARGENTOS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO	62.780.465/0001-60
SUBESTIPULANTE	CNPJ
ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E SARGENTOS DA POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE SÃO PAULO	62.780.465/0001-60

DADOS DO PROPONENTE				
Nome		E-mail	CPF	
Data de Nascimento	Sexo	Estado Civil	RG	
Salário	Registro Estatístico (RE)	Data de Admissão	Patente	
Endereço Completo			Bairro	
CEP	Cidade	UF	Capital Segurado	Prêmio

DESEJA INCLUIR CÔNJUGE? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
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: ____ / ____ / ____ 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.

PLANOS - Assinale uma entre as seis opções:

OPÇÕES	CAPITAL SEGURADO	COBERTURAS	PRÊMIO PRINCIPAL	PRÊMIO PRINCIPAL + CÔNJUGE
<input type="checkbox"/>	R\$ 104.480,00	Morte	R\$ 95,52	R\$ 95,52
		Morte Acidental	R\$ 24,53	R\$ 24,53
		Invalidez Permanente por Acidente	R\$ 19,87	R\$ 19,87
		Morte Cônjuge	-----	R\$ 95,52
		Morte Acidental Cônjuge	-----	R\$ 24,53
		Invalidez Permanente por Acidente Cônjuge	-----	R\$ 19,87
		Auxílio Funeral	R\$ 2,21	R\$ 2,21
		Total	R\$ 142,13	R\$ 282,05
<input type="checkbox"/>	R\$ 156.720,00	Morte	R\$ 143,27	R\$ 143,27
		Morte Acidental	R\$ 36,80	R\$ 36,80
		Invalidez Permanente por Acidente	R\$ 29,81	R\$ 29,81
		Morte Cônjuge	-----	R\$ 143,27
		Morte Acidental Cônjuge	-----	R\$ 36,80
		Invalidez Permanente por Acidente Cônjuge	-----	R\$ 29,81
		Auxílio Funeral	R\$ 3,32	R\$ 3,32
		Total	R\$ 213,20	R\$ 423,08
<input type="checkbox"/>	R\$ 208.960,00	Morte	R\$ 191,03	R\$ 191,03
		Morte Acidental	R\$ 49,06	R\$ 49,06
		Invalidez Permanente por Acidente	R\$ 39,74	R\$ 39,74
		Morte	-----	R\$ 191,03
		Morte Acidental Cônjuge	-----	R\$ 49,06
		Invalidez Permanente por Acidente Cônjuge	-----	R\$ 39,74
		Auxílio Funeral	R\$ 4,43	R\$ 4,43
		Total	R\$ 284,27	R\$ 564,11

As coberturas de Morte e Morte Acidental se acumulam

*Garante única e tão somente o reembolso das despesas com o funeral. Serão admitidos como segurados o cônjuge/companheiro e/ou filho(s) e/ou enteado(s) e/ou menor(es) considerado(s) dependente(s) econômico(s) do segurado.

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 Segurado	100% 0%, conforme Condições Contratuais da Apólice.	0%



**SEGURO DE PESSOAS - COLETIVO
PROPOSTA DE ADESÃO**

Plano 1

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:

- A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco.**
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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/ComuniqueUmSinistro/>, ou através da Central de Atendimento de Sinistros 4004 2794 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2794 (Demais Regiões).
- Declaro que recebi e tenho conhecimento do inteiro teor das Condições Contratuais e Gerais deste seguro, às quais estou de pleno acordo. Estou ciente de que as Condições Gerais 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.

<p align="center">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.</p>	<p align="center">SAC: 0800 721 1144 Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 701 2778 Reclamações, Cancelamentos e Informações Gerais, Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.</p>
--	---

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.



**ASSOCIAÇÃO DOS SUBTENENTES E
SARGENTOS DA POLÍCIA MILITAR DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

PROPOSTA DE ASSOCIADO

REGIONAL _____

- MILITAR PENSIONISTA
 CIVIL AFINDADE

NOME			DATA DE NASCIMENTO
RE/MATRÍCULA (informe o dígito)	POSTO/GRADUAÇÃO	DDD	TELEFONE
ENDEREÇO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	
CPF (obrigatório)	RG	UNIDADE	
E-MAIL	DDD	CELULAR	

CONCORDO COM OS TERMOS ESTATUÁRIOS, AUTORIZANDO A MINHA INCLUSÃO COMO SÓCIO E O DESCONTO DA CONTRIBUIÇÃO MENSAL EM MEUS VENCIMENTOS OU DÉBITO EM CONTA CORRENTE.

Escolher **um** entre os três tipos de associados:

- Já sou associado e quero adquirir o seguro Quero ser associado e adquirir o seguro Quero adquirir somente o seguro

Obs.: O Seguro contratado só estará vigente após o débito da primeira parcela.

_____, _____ DE _____ DE _____

Associado

ASSINATURA