



EQUATORIAL SEGURADORA S.A - MICROSSEGUROS
CNPJ: 21.242.451/0001-05

www.grupoequatorial.com.br
 SAC: 0800 721 3210 Ouvidoria: 0800 703 1989
 Av. Dep. Jamel Cecílio, 2690 – Salas 2008|2012 – Ed. Metropolitan Jd. Goiás –
 Goiânia/GO CEP 74810-100

MICROSSEGUROS DE PESSOAS BILHETE PREMIÁVEL
Nº Processo SUSEP: 15414.901179/2016-03

Nº da Proposta _____

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo			CPF		Sexo
Data Nascimento	Nacionalidade	Identidade/Passaporte	Órgão Emissor	Profissão	
DDD + Telefone Res.		DDD + Telefone Cel.	E-mail		
Endereço (Rua/Av.)			Nº	Complemento	
Bairro		Cidade	UF	CEP	

EQ ESTAGIÁRIO TÉCNICO []		EQ ESTAGIÁRIO SUPERIOR []		EQ ESTAGIÁRIO PÓS-GRADUAÇÃO []	
COBERTURAS CONTRATADAS		COBERTURAS CONTRATADAS		COBERTURAS CONTRATADAS	
Morte Acidental – MA R\$ 10.000,00		Morte Acidental – MA R\$ 20.000,00		Morte Acidental – MA R\$ 30.000,00	
Invalidez Permanente Total Por Acidente – IPTA R\$ 10.000,00		Invalidez Permanente Total Por Acidente – IPTA R\$ 20.000,00		Invalidez Permanente Total Por Acidente – IPTA R\$ 30.000,00	
Título de Capitalização R\$ 5.000,00 (sorteio)		Título de Capitalização R\$ 10.000,00 (sorteio)		Título de Capitalização R\$ 10.000,00 (sorteio)	
PRÊMIO ANUAL	IOF	PRÊMIO ANUAL	IOF	PRÊMIO ANUAL	IOF
R\$ 30,00	R\$ 0,11	R\$ 60,00	R\$ 0,23	R\$ 90,00	R\$ 0,34

SERVIÇOS E ASSISTÊNCIAS INCLUSOS NOS PLANOS		Limite até	Qtd Eventos
Título de Capitalização – Sorteio Mensal		conforme plano escolhido	12
INFORMAÇÕES: Conforme as condições gerais dos planos acima os eventos decorrentes de acidentes pessoais não haverá carência. Os prazos de carência, exceto no caso de suicídio ou sua tentativa, não poderão exceder à metade dos períodos de vigência previstos para as coberturas nos documentos contratuais. Não haverá renovação para este produto. O início de vigência iniciará no dia subsequente à 0h00m que foi efetuado o pagamento.			
Limite de Idade	Início de Vigência	Fim de Vigência*	
Mínimo 14 (quatorze) e máximo de 70 (setenta) anos.	A partir das 24h (vinte e quatro horas) do dia do pagamento do prêmio.	12 (doze) meses, contados a partir das 24h (vinte e quatro horas) do dia do pagamento do prêmio.	
* Renovado automaticamente em caso de pagamento do prêmio no mês seguinte a finalização do prazo de vigência final.			
Nº DA SORTE**	ACESSÓRIO DE SORTEIO	VALOR***	
	1 (um) sorteio mensal, no último sábado do mês, sempre no mês seguinte ao pagamento do prêmio.	Conforme o plano escolhido	***Este valor é bruto de impostos e está sujeito à legislação vigente na época da premiação.

DADOS DE PAGAMENTO

Vencimento	Forma de Pagamento () Boleto Bancário () Débito em Conta () Cartão de Crédito	Pagamento do Prêmio: O pagamento deverá ser realizado, sob risco de cancelamento da apólice, até a data de vencimento acima mencionada e designada para este fim.
Banco:	Agência: Conta:	

RISCOS EXCLUÍDOS

Nos casos de eventos decorrentes de morte:

- Atos ilícitos dolosos praticados pelo Segurado principal ou dependente, pelo beneficiário ou pelo representante legal, de qualquer deles;
- Doenças ou lesões que, apesar de indagado pela Microseguradora e serem de conhecimento do Segurado principal ou dependente, não foram declaradas quando da contratação do Microseguro;
- Suicídio ou sequelas decorrentes da sua tentativa, caso ocorram nos dois primeiros anos de vigência da cobertura;
- Epidemia ou pandemia declarada por órgão competente;
- Furacões, ciclones, terremotos, maremotos, erupções vulcânicas e outras convulsões da natureza;
- Danos e perdas causados por atos terroristas;
- Atos ou operações de guerra, declarada ou não, de guerra química ou bacteriológica, guerra civil, guerrilha, revolução, motim, revolta, sedição, sublevação ou outras perturbações da ordem pública e delas decorrentes, exceto a prestação de serviço militar e atos de humanidade em auxílio de outrem.

Nos casos de eventos decorrentes exclusivamente de acidente pessoal:

- Intercorrências ou complicações consequentes da realização de exames, tratamentos clínicos ou cirúrgicos, quando não decorrentes de acidente pessoal coberto;
- Acidentes cardiovasculares, acidente vascular cerebral (AVC), aneurisma, síncope, apoplexia, epilepsia e acidentes médicos, quando não decorrentes de acidente coberto;
- Acidentes sofridos antes da contratação do seguro, ainda que suas sequelas tenham se manifestado durante sua vigência; e
- Cirurgias plásticas ou tratamentos estéticos, exceto se tiver finalidade comprovadamente restauradora de dano provocado por acidente pessoal coberto.

Nas demais coberturas contratadas:

- Demais riscos excluídos constantes nas condições gerais do produto e nas especiais de cada cobertura

BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIOS: Será(ão) aquele(s) informado(s) à EQUATORIAL SEGURADORA S.A - MICROSSEGUROS na Apólice, correspondência ou formulário próprio. Na ausência de indicação, os beneficiários serão os definidos na legislação vigente na data do evento.

Nome Completo	Dt. Nascimento	CPF	Parentesco	Particip. %

REGULAÇÃO DE SINISTROS

Os pagamentos relativos às Garantias têm o prazo máximo limitado a 10 (dez) dias, contados a partir da entrega de toda a documentação e obrigatória e correta conforme abaixo:

Para a Regulação do Sinistro, compete ao Segurado e/ou seu representante legal, tão logo seja do seu conhecimento, apresentar à Seguradora, os seguintes documentos:

Morte - Formulário do "Aviso de Sinistro", totalmente preenchido, sem rasuras, com assinatura do médico assistente, carimbo com o CRM do médico, seu endereço e reconhecimento de firma desde último; Certidão de Óbito (cópia autenticada); RG e CPF do Segurado (cópia autenticada).

***Demais coberturas contratadas Consultar Condições Gerais do produto.**

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE e INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Declaro estar ciente e de acordo que:

1. As informações contidas nesta apólice são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de quaisquer declarações inexatas ou omissões que possam influir na aceitação da apólice, perderei o direito à garantia. (artigo 766 do Código Civil Brasileiro).
2. Este seguro tem prazo de 12 (doze) meses, e sua renovação será conforme descrito na apólice a qual ele está vinculada.
3. Tive prévio e expresso conhecimento dos termos e das Condições Gerais do Plano de Microseguros de Pessoas Bilhete Premiável e do regulamento do Sorteio, disponíveis no site <http://www.grupoequatorial.com.br/sorteios>, os quais foram integralmente lidos e aceitos por mim.

Informações Importantes

Seguro administrado pela EQUATORIAL SEGURADORA S.A - MICROSSEGUROS – CNPJ: 21.242.451/0001-05 – Registro SUSEP: 01554 – Ramo: 1601 (Microseguros de Pessoas) - nº Processo SUSEP: 15414.901179/2016-03 – Central de Relacionamento 0800-644-0144. ²Titulo de Capitalização emitido pela CAPEMISA CAPITALIZAÇÃO – CNPJ: 14.056.028/0001-55 – nº Processo SUSEP: 15414.901126/2018-46. O Registro desde plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. As informações sobre o plano de Microseguro ao qual se vincula a Apólice contratado podem ser conferidas em <http://www.susep.gov.br/menu/informacoes-ao-publico/planos-e-produtos/consulta-publica-de-produtos-1> ou pelo Disque SUSEP, pelo telefone 0800-021-8484.

DADOS DA CORRETORA DE SEGUROS

Nome da Corretora de Seguros	CNPJ	Código SUSEP

AUTORIZAÇÃO DO PROPONENTE

Autorizo, nos termos da legislação vigente, a inclusão e o compartilhamento de minhas informações de adimplemento e demais ocorrências relacionadas ao presente contrato para a formação de banco de dados com a finalidade de subsidiar a análise de riscos atuais e futuros e/ou subsidiar as regulações de sinistros.

Pelo presente instrumento firmado autorizo EQUATORIAL SEGURADORA S.A - MICROSSEGUROS a providenciar junto ao banco acima indicado o débito em conta por tempo indeterminado o valor do prêmio mensal na data do vencimento a quantia acima especificada referente a este seguro conforme a opção de plano escolhido, de acordo com os dados já informados no campo **DADOS DE PAGAMENTO**, bem como, comprometendo-me a manter o saldo suficiente para o debito do mesmo. O valor do prêmio do seguro a serem debitados e das correspondentes importâncias seguradas serão atualizados de acordo com as condições contratuais dos planos subscritos. Isento o Banco de qualquer responsabilidade pela não efetuação dos débitos prêmios dos seguros na hipótese de não haver saldo suficiente.

Local e data:

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Proponente

Versão do Formulário: 2020-07-28

*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.