

PARA USO DA SEGURADORA

PARA USO DA SEGURADORA			Nº do Contrato
Seguro <input type="checkbox"/> Novo <input type="checkbox"/> Atualização	Certificado nº	Início de vigência	Apólice VG

ESTIPULANTE

FUNDAÇÃO BANCO CENTRAL DE PREVIDÊNCIA PRIVADA - CENTRUS	CNPJ – 00.580.571/0001-42
--	----------------------------------

DADOS DO PROPONENTE

Nome Completo		Data de Nascimento
Idade	Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> União Estável
CPF	Ocupação Principal	Renda Mensal Bruta R\$
É pessoa politicamente exposta? ¹ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Especificar:		

1 Pessoas Politicamente Expostas: 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 Art. 4º da Circular SUSEP nº 445/2012.

COBERTURA(S)	CAPITAL SEGURADO	PRÊMIO MENSAL R\$
Morte (M)	R\$	R\$
Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA) ou Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPDA)	R\$	R\$
		R\$

BENEFICIÁRIOS: Em caso de Morte ou Invalidez Total e Permanente do segurado, o único beneficiário, no valor de 100% dos benefícios contratados, será a FUNDAÇÃO BANCO CENTRAL DE PREVIDÊNCIA PRIVADA – CENTRUS, identificada nesta proposta, para que possa arcar com a manutenção do benefício previsto no Regulamento do Plano CentrusPrev+. O beneficiário não poderá ser alterado em hipótese alguma pelo participante. **Nos planos de pecúlio por morte, a MAG Seguros irá cobrir os benefícios decorrentes de COVID-19, observado o período de carência de 90 (noventa) dias.**

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE : Declaro que as informações por mim fornecidas são verdadeiras e ciente estou de que quaisquer omissões ou falsidades tornarão nula esta proposta, nos termos do Art.766 do Código Civil, podendo vir a responder civil e criminalmente pelas inveracidades eventualmente verificadas. Autorizo, desde já, médicos, hospitais, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestar à Seguradora informações relacionadas ao meu estado de saúde ou moléstias que eu possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultados de exames e tratamentos instituídos, isentando- os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ou 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) pormim contratado(s), conforme os termos definidos na circular SUSEP445/2012.** Declaro, ainda, que tive prévio e exposto conhecimento e estou de acordo com os termos das condições gerais dos planos escolhidos, inclusive quanto à atualização monetária e reenquadramento etário, que ocorrerão anualmente, quando previsto no plano, no mês de aniversário do contrato coletivo. Desta maneira, reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica na minha automática adesão aos referidos regulamentos/condições gerais sabendo, desde já, que a aceitação da proposta estará sujeita à análise do risco.

Para os fins previstos nos artigos 774 e 801 do Código Civil e, com base no disposto no Art.1º da Resolução CNSP107/2004, pelo presente concedo ao Estipulante/Subestipulante 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 exposto, 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 Estipulante/ Subestipulante ou da Seguradora.

Local e Data

Assinatura do Proponente

NOTAS EXPLICATIVAS

SEGURADORA

As coberturas de Seguro de Pessoas previstas nesta proposta são garantidas pela Mongeral Aegon Seguros e Previdência S.A. - CNPJ: 33.608.308/0001-73.

PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA

Pessoas politicamente expostas: agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos 5 anos, cargos, empregos ou funções públicas relevantes nas esferas federal, estadual ou municipal, assim como seus representantes, familiares de primeiro grau, e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme definido na Circular SUSEP 445/2012.

BENEFÍCIOS

Morte (M): garante uma indenização aos beneficiários, em caso de morte natural ou acidental, do segurado.

Invalidez Permanente Total por Acidente (IPTA): garante uma indenização ao segurado, em caso de invalidez permanente total por acidente.

Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPDA): garante uma indenização, correspondente à antecipação do capital segurado da cobertura de Morte em caso de invalidez funcional permanente total, por doença, que cause a perda de sua existência independente.

PROCESSO SUSEP

VG Taxa por Faixa Etária: 15414.003037/2012-47.

INFORMAÇÕES GERAIS

Este plano é por prazo determinado tendo a seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimentos em devolução dos prêmios pagos nos termos da apólice.

O registro desses planos na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo ou recomendação a sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF.

No caso de proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação, informando o país de emissão.

DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE E ATIVIDADE

Perguntas	Respostas	Em caso afirmativo, especificar,
1. Encontra-se com algum problema de saúde ou faz uso de algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2. Sofre ou já sofreu de doenças do coração, hipertensão, circulatorias, do sangue, diabetes, pulmão, fígado, rins, infarto, acidente vascular cerebral, articulações, qualquer tipo de câncer ou HIV?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
3. Sofre ou sofreu de deficiências de órgãos, membros ou sentidos, incluindo doenças ortopédicas relacionadas a esforço repetitivo (LER e DORT)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
4. Fez alguma cirurgia, biópsia ou esteve internado nos últimos cinco anos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
5. Está afastado(a) do trabalho ou aposentado por invalidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
6. Pratica paraquedismo, motociclismo, boxe, asa delta, rodeio, alpinismo, voo livre, automobilismo, mergulho ou exerce atividade, em caráter profissional ou amador, a bordo de aeronaves, que não sejam de linhas regulares?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
7. É fumante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Cigarro <input type="checkbox"/> Outros:
		Quantidade média/dia:
8. Informe peso e altura:		_____ Kge _____ m

Local e Data

Assinatura do Proponente