

BEM PRODUTOS E SERVIÇOS VIDA SEGURA PREMIADA Proposta de Contratação

Dados do Seguro

Estipulante: BANCO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL S/A
Número da Apólice: 93104635

Dados do Proponente

Nome Completo: _____ | Sexo: M F
 CPF: _____ | Data de Nascimento: _____ | Estado Civil: _____
 Documento de Identificação¹: _____ | Expedido em _____ por: _____
 Endereço de Residência: _____
 Bairro: _____ | Cidade: _____
 UF: ____ | Cep: _____ Telefone e DDD: () _____ | Nacionalidade: _____
 Residente no Brasil: _____ Profissão: _____
 Renda Mensal: R\$ _____ | Pessoa politicamente exposta?² _____

1 – No caso do proponente estrangeiro o passaporte deve ser utilizado como documento de identificação.

2 – Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiros, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo. Para mais esclarecimentos sobre Pessoas Politicamente Exposta consulte <http://hotsite.icatuseguros.com.br/ppe/>.

Dados do Plano

Garantias: Morte³ Capital Segurado: R\$ _____

Sorteios⁴: 1 (um) sorteio mensal no valor de R\$ 1.000,00

Início de Vigência do risco individual: às 24(vinte e quatro) horas da data do pagamento do seguro.

Final de Vigência do risco individual: às 24 hs da data em que completar _____ meses contados a partir do dia de início de vigência do risco individual.

Prêmio do seguro: R\$ _____, pago em uma única parcela.

3 - Haverá um período de carência de 6 (seis) meses, contado a partir do início de vigência do seguro, período este que o(s) beneficiário(s) não terá(ão) direito a indenização por morte, salvo se em decorrência de acidente pessoal coberto, conforme condições gerais.

4 – Valor bruto de impostos, sujeito à tributação com base na legislação vigente à época da premiação. O sorteio ocorrerá no último sábado do mês. O segurado passará a concorrer a partir do mês subsequente do repasse das mensalidades do seguro para a Seguradora.

Dados dos Beneficiários

Nome: _____ Grau de parentesco: _____ Percentual: _____
 Nome: _____ Grau de parentesco: _____ Percentual: _____
 Nome: _____ Grau de parentesco: _____ Percentual: _____

É garantido o direito de pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s) legal(is) ou àqueles indicados pelo proponente, na forma da legislação vigente.

Declarações do proponente

Uma vez aprovada esta proposta pela Icatu Seguros S.A., declaro estar ciente e de acordo que:

1. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco
2. O início de vigência do seguro dar-se-á às 24 (vinte e quatro) horas da data do pagamento do prêmio e vigorará pelo prazo de _____, sendo que no caso de quitação ou refinanciamento, o seguro permanecerá ativo e a data de final de vigência inalterada.
3. **É garantido o direito de pagamento da indenização ao(s) beneficiário(s) legal(is) ou àqueles indicados pelo proponente, na forma da legislação vigente.**
4. As informações contidas nesta proposta são certas, completas e verdadeiras. Estou ciente de que quaisquer omissões ou inexatidões contidas nas informações prestadas nesta proposta ocasionarão a perda do direito ou a resolução do contrato pela Seguradora, de acordo com os termos do art. 766 do Código Civil, podendo ainda, responder civil e criminalmente pelas informações inverídicas.
5. Declaro que tive prévio e expresso conhecimento dos termos das Condições Gerais e de todos os documentos relacionados ao presente seguro disponíveis no site www.icatuseguros.com.br. Atesto, ainda, que recebi do estipulante todas as informações e esclarecimentos necessários para esse fim, na forma da Resolução CNSP nº 107, de 16 de janeiro de 2004.
6. **Reconheço que a minha assinatura na presente proposta implica no conhecimento e aprovação dos itens presentes nas Condições Gerais e nas Declarações do proponente.**

Autorização de Débito

Autorizo o Banco do Estado do Rio Grande do Sul S/A - Bannisul a efetuar o desconto da parcela única desse seguro do valor do empréstimo adquirido por mim perante o Banco.

Local e data _____

Assinatura do proponente e/ou responsável (caso seja menor de 18 anos de idade)

Seguro de Vida em Grupo administrado pela Icatu Seguros S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 42.283.770/0001-39, aprovado pela SUSEP sob o nº 15414.001273/2006-81. Título de capitalização da modalidade incentivo emitido pela Icatu Capitalização S/A, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 74.267.170/0001-73, aprovado pela SUSEP sob o nº 15414.002643/2004-35. 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. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco. 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.

SAC 0800 286 0110 (exclusivo para informações públicas, reclamações ou cancelamentos de produtos adquiridos pelo telefone).

Serviço de Informação ao Cidadão SUSEP 0800 021 84 84 (dias úteis, das 9h30 às 17h) ou www.susep.gov.br.

Ouvidoria Icatu Seguros 0800 286 0047