

Estipulante: AMN - ABRIGO DO MARINHEIRO (MATRIZ)		Nº do Contrato:
Endereço: Rua Teófilo Otoni n 52, 13º andar, Centro - Rio de Janeiro CEP: 20090-070		Nº do Subcontrato:
CNPJ: 72.063.654/0001-75	Tel.:	Nº Apólice:
Agenciador:		OM:

1 - Inclusão/Exclusão de Segurado	2 - Alteração de Capital Segurado	3 - Forma de Pagamento
1.1 Inclusão de Titular <input type="checkbox"/>	2.1 - Elevação (Plano Único) <input type="checkbox"/>	3.1 - Boleto Bancário <input type="checkbox"/>
1.2 Inclusão de Cônjuge <input type="checkbox"/>	2.2 - Redução (Todos os Planos) <input type="checkbox"/>	3.2 - Débito em conta <input type="checkbox"/>
1.3 Continuidade <input type="checkbox"/>		3.3 - B.P. <input type="checkbox"/>
1.4 Migração <input type="checkbox"/>		
1.5 Exclusão de Cônjuge <input type="checkbox"/>		
1.6 Substituição de Cônjuge <input type="checkbox"/>		

Nome do Segurado:		Matricula:
Endereço do Segurado:		Numero:
Complemento/Bairro		CEP:
Cidade:	UF:	Telefone 1:
E-mail:		Telefone 2:
CPF:	RG:	Data de Nascimento:
Estado Civil:		Sexo:
		<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Situação: <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Pensionista Civil <input type="checkbox"/> Inativo <input type="checkbox"/> Pensionista Militar		Remuneração Estipulante: 10%
		Peso:
		Altura:
Militar (*Ver legenda no fim do documento)		Civil (*Ver legenda no fim do documento)
Cônjuge:		CPF:
		Data Nascimento: / /

A aceitação do seguro estará sujeita a análise do risco A MAG Seguros. disporá, para aceitação ou recusa, de 15 (quinze) dias da data do recebimento desta Proposta de Adesão. Em caso de recusa, o prêmio pago será devolvido com correção monetária. Uma vez aprovada a proposta pela Seguradora, a(s) cobertura(s) do(s) segurado(s) vigorará (ão) conforme definido no item Início de Vigência do Risco Individual definido nas Condições Gerais. Importante: 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. Caso a taxa do seguro seja por faixa etária, sofrerá aumento de acordo com a mudança de faixa do Segurado, conforme definido nas Condições Particulares. O Término de Vigência Individual não deverá ultrapassar o Término de Vigência do Contrato

Planos Contratados

Plano Único: Classe: _____ S D Plano Básico: Tipo: _____ Classe: _____ S D

Plano Opcional: Tipo: _____ Classe: _____ S D Plano Especial: Tipo: _____ Classe: _____ S D

As Coberturas e valores de Capital Segurado podem ser consultados NO CERTIFICADO E NO SITE do Estipulante. O indexador dos planos é o IPCA ou IGP-M (o que for menor). A atualização monetária, das contribuições e dos benefícios ocorrerá anualmente, no mês de aniversário da contratação do plano.

Beneficiários Instituídos pelo Proponente

Nome Completo	Relacionamento	Nacionalidade	Data de Nascimento	% Único	% Básico	% Opcional	% Especial
A soma dos percentuais por plano, obrigatoriamente, deverá totalizar 100%				100%	100%	100%	100%

Obs: Em caso de falecimento do Segurado Cônjuge, se contratado, o beneficiário é o SEGURADO TITULAR.

Inexistindo indicação, o benefício será pago de acordo com os artigos 792 e 1.829 do Código Civil). O segurado poderá, a qualquer tempo, alterar os beneficiários indicados, assim como os percentuais estabelecidos.

O Registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da Autarquia, incentivo a sua recomendação. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros, no site www.susep.gov.br, por meio do número de seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ ou CPF. 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 apólice/proposta. Dúvidas relacionadas a normas e regulamentação, entre em contato pelo telefone gratuito da SUSEP 0800 021 8484.

Declaração do Proponente

- Autorizo a minha inclusão na apólice de seguro Vida em Grupo contratado pelo Estipulante acima mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alterações de todas as cláusulas das Condições Gerais, Particulares e Especiais deste seguro, ressalvadas as alterações contratuais que gerem ônus, dever ou redução dos meus direitos que deverão ter meu consentimento expresso para tornarem-se válidas, devendo ser observados os Artigos 66 da Circular 117/2004, 801 do Código Civil Brasileiro, 10 da Resolução CNSP 107/2004 e 6º da Circular SUSEP 317/2006. Todas as comunicações ou avisos inerentes ao Contrato de Seguro devem ser encaminhadas diretamente ao Estipulante que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados por mim, no decorrer da vigência da apólice. Entretanto, fica ressalvado que os poderes de representação não lhe darão odireito de cancelar o(s) seguro(s) aqui proposto(s) sem meu consentimento, enquanto o(s) prêmio(s) sob minha responsabilidade, estiver(em) sendo pago(s) dentro do(s) prazo(s) contratuais.
- Tenho ciência de que a(s) cobertura(s) do(s) seguro(s) vigorará a partir da zero hora do primeiro dia do mês de competência (mês que ocorrer o primeiro pagamento do(s) prêmios).
- Declaro que recebi a SINOPSE DO CONTRATO em vigor e que manterei o(s) meios de contato (endereço, tel, email) sempre atualizado(s) junto ao Estipulante.
- Declaro para todos os fins e efeitos ter prestado informações completas e verídicas, estar ciente que de acordo com o Código Civil Brasileiro, se tiver prestado informações incorretas ou omitido circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta de Adesão ou do prêmio perderei o direito ao valor do seguro e à devolução dos prêmios pagos. Concordo em que as declarações que prestei passem a fazer parte integrante do contrato de seguro a ser celebrado com a Seguradora, ficando a mesma autorizada a utilizá-las em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique ofensa ao sigilo profissional.

O SEGURADO TITULAR CONSIDERA-SE UMA PESSOA POLITICAMENTE EXPOSTA. Qual Cargo? _____ 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 estabelece a Circular Susep 445/2010.

- DECLARO QUE OS BENEFICIÁRIOS deste(s) seguro(s) são os definidos neste documento, ficando revogada e sem nenhum valor, a designação constante na proposta inicial ou em atualizações anteriores à presente. Na ausência de indicação de beneficiários, ou se por algum motivo não prevalecer a indicação feita, a indenização será paga nos termos da legislação em vigor. Na hipótese de morte do(s) beneficiário(s) indicado(s) ocorrer antes do Segurado Titular (premoriência), a parte a ele(s) determinada será paga ao(s) beneficiário(s) indicado(s) como secundário(s) na apólice, desde que não exista(m) herdeiros legais do segurado titular, onde neste caso, a indenização deverá ser partilhada conforme determinado pela legislação em vigor.

- AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO: Pelo presente autorizo o Estipulante acima indicado a deduzir mensalmente na data de recebimento do meu ordenado a importância necessária para cobrir minha parte do(s) seguro(s) aqui mencionado(s) realizado pela MAG Seguros. No caso de modificação do valor do seguro, em virtude de alterações de taxa média ou mudança de capital, fica o referido Estipulante autorizado a reajustar o valor do desconto. Quando não houver margem consignável, terei a alternativa de pagamento da diferença através de boleto bancário.

- Tenho conhecimento de que, a qualquer momento, é permitida a redução do capital segurado dos planos contratados, ou a sua elevação (apenas para o Plano Único), e que, nessa opção, o novo prêmio corresponderá à faixa etária do proponente/cônjuge (a do que tiver a maior idade) na ocasião da alteração. A aceitação desta mudança estará condicionada à avaliação da Declaração de Saúde por parte da Seguradora.

- TENHO CIÊNCIA QUE, a falta de pagamento de três mensalidades consecutivas ou atraso de uma ou mais mensalidades, por um período superior a três meses; ou por pagamento parcial de prêmio que não tenha sido complementado em até 180 dias, ocasionará o cancelamento do meu seguro. Ocorrendo o sinistro a partir de 90 dias de inadimplência, não será devido o pagamento da indenização. Para que isto seja evitado, a seguradora expedirá uma carta padrão ao TITULAR, após a contatação do segundo inadimplemento, alertando-o sobre

o cancelamento iminente da(s) cobertura(s). Caso o fato se repita pela terceira vez, a(s) cobertura(s) correspondente(s) será(ão) cancelado(s). Os Consignantes que não possuam margem consignável suficiente para o débito total do seguro através de BP, terão o prazo de 180 dias para regularização da pendência, caso contrário a apólice será automaticamente cancelada.

Declaração Pessoal de Saúde –Preencher de Próprio Punho

Reconheço que as informações a seguir, foram prestadas por mim:

Voce tem conhecimento de ser portador de quaisquer doenças ou lesões que exijam tratamento médico?

SIM NÃO

Você está afastado de suas atividades habituais por motivo de saúde?

SIM NÃO

1) Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
2) Considera-se atualmente em boas condições de saúde	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
3) Faz uso de algum medicamento?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
4) Tem deficiência de órgão, membros ou sentidos?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
5) Sofre atualmente, ou sofreu nos últimos 5 anos de alguma moléstia que o tenha obrigado a consultar médicos, hospitalizar-se, submeter-se a intervenções cirúrgicas ou afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Se afirmativo, indique a moléstia, período e forneça mais detalhes.	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
6) Já foi submetido a tratamento com radioterapia, quimioterapia ou outros tratamentos por períodos prolongados?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
7) Pratica esporte de risco*, ou qualquer outra atividade esportiva de forma amadora ou profissional?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
8) Já teve alguma proposta de seguro de vida ou de acidentes pessoais recusada por qualquer seguradora?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
9) Já recebeu indenização por invalidez por acidente ou doença?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
10) Apresenta, no momento, sintomas de gripe, febre, cansaço, tosse, coriza, dores pelo corpo, dor de cabeça, dor de garganta, falta de ar, perda de olfato, perda de paladar ou está aguardando resultado do teste da COVID-19?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
11) Foi diagnosticado(a) com infecção pelo novo CORONA VÍRUS ou COVID-19?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO
12) Apresenta, no momento, sequelas do COVID-19 diferente de perda de olfato e/ou paladar?	Titular: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO	Cônjuge: <input type="checkbox"/> SIM / <input type="checkbox"/> NÃO

*Exemplos de esportes de risco: para-quedismo, voo livre, alpinismo, ultraleve, motocross, mototrail, caça submarina, bungee jumping, rafting, skysurf, artes marciais, entre outros.

Esclarecimentos sobre a declaração de saúde:

Disclaimer consentimento/Adequação para tratamento de dados pessoais

O proponente, titular dos dados pessoais sensíveis ora fornecidos nos termos da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei 13.709/18), de forma livre, informada e inequívoca consente com o tratamento dos dados para o fim de disponibilização do seguro. Os dados serão armazenados pela MAG (por 10 anos), compartilhados por ordem legal ou autorizada, podendo o consentimento ser revogado pelo canal de atendimento privacidade@mag.com.br.

Conforme previsto nas condições gerais das apólices, não há cobertura para eventos decorrentes de pandemias. No entanto, a MAG Seguros, por liberalidade, irá cobrir os benefícios por morte em decorrência de COVID-19, observado o período de carência de 90 (noventa) dias.

Cancelamento do Seguro

- A apólice de seguro poderá ser cancelada: 1.durante a sua vigência, por acordo entre a Seguradora e Estipulante; 2.se a apólice de seguro não for renovada ao final de sua vigência ; 3.por determinação do Estipulante em cancelar o seguro; 4.o segurado Titular solicitar o cancelamento do seguro;5.por cessão do vínculo entre o segurado e o estipulante, respeitando

o período de vigência correspondente ao prêmio pago; 6.se o segurado agravar intencionalmente o risco ; 7.se o segurado, seus beneficiários ou os representantes de ambos, fraudarem ou tentarem fraudar, agirem com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora e/ou, simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter indenização ou dificultar sua elucidação.

Local : _____ Data : _____

Assinatura: _____

Dados do Corretor/ Contato: MAPMA CORRETORA DE SEGUROS E CONSULTORIA LTDA	Código Susep do Corretor: 10.061617-6	CNPJ : 06.865.397/0001-60
--	--	------------------------------

Protocolo da MAG Seguros: _____ Análise (visto e nome): _____

Obs.: Caso o segurado titular não saiba ler nem escrever, o instrumento poderá ser assinado a rogo e subscrito por duas testemunhas (artigo 595 do Código Civil Brasileiro).

Legenda Militar (PST / GR)				Legenda Civil	
Alte - Almirante	CT - Capitão-Tenente	1S - Primeiro-Sargento		NSUP - Nível Superior	
AE - Almirante de Esquadra	1T - Primeiro-Tenente	2S - Segundo-Sargento		NINT - Nível Intermediário	
VA - Vice-Almirante	2T - Segundo-Tenente	3S - Terceiro-Sargento		NAUX - Nível Auxiliar	
CA - Contra-Almirante	GM - Guarda-Marinha	CB - Cabo		Legenda	
CMG - Capitão-de-Mar-e-Guerra	Asp - Aspirante	MN - Marinheiro		S - Simples (só titular)	
CF - Capitão-de-Fragata	SO - Suboficial	RC - Recruta		D - Duplo (com o cônjuge/companheira(o))	
		GR - Grumete			

- Este material possui informações reduzidas. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP¹ poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br, de acordo com dolo ou simulação na contratação do seguro ou durante a sua vigência, para obter ou majorar os valores devidos pela seguradora e/ou, simularem um sinistro ou ainda agravarem as consequências para obter indenização ou dificultar sua elucidação.

- As coberturas e Capitais Segurados podem ser consultados no site www.mapma.com.br/abrigo/seguro-de-vida. Em caso de dúvidas, acessar ao site do Estipulante (www.abrigo.org.br) onde estarão disponibilizadas informações sobre os seguros e os canais de contato.

1-SUSEP- Superintendência de Seguros Privados - Autarquia Federal responsável pela fiscalização, normatização e controle dos mercados de seguro, previdência complementar aberta, capitalização, resseguro e corretagem de seguros.