

PROPOSTA DE SEGURO EMPRESARIAL		ORIGEM 39	Nº PROPOSTA:		
VIGÊNCIA INICIAL:					
AS CONDIÇÕES DESTA PROPOSTA DE SEGURO DE VIDA COLETIVO ESTÃO DISCRIMINADAS NAS CONDIÇÕES CONTRATUAIS ANEXAS.					
RAZÃO SOCIAL – ESTIPULANTE:			CNPJ:		
ENDEREÇO:		Nº:	COMPLEMENTO:		
BAIRRO:		CIDADE:	ESTADO:	CEP:	
RAMO DE ATIVIDADE:		TELEFONE:	FAX:		
E-MAIL:	ENVIAR APÓLICE PARA <input type="checkbox"/> CORRETOR <input type="checkbox"/> ESTIPULANTE	ENVIAR APÓLICE POR <input type="checkbox"/> E-MAIL <input type="checkbox"/> CORREIO	RELAÇÃO DE VIDAS ENVIADA POR E-MAIL? <input type="checkbox"/> SIM, Nº PROTOCOLO <input type="checkbox"/> NÃO		
SUSEP:		CORRETOR:			
SUCURSAL/REGIONAL:					
<b>SÓCIOS</b>					
TIPO DE VÍNCULO <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Controlador <input type="checkbox"/> Procurador		NOME SÓCIO 1:		CPF:	
¹Pessoa Politicamente Exposta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo		Grau de relacionamento:		Reside no Brasil: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
TIPO DE VÍNCULO <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Controlador <input type="checkbox"/> Procurador		NOME SÓCIO 2:		CPF:	
¹Pessoa Politicamente Exposta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Relacionamento Próximo		Grau de relacionamento:		Reside no Brasil: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
¹Pessoa Politicamente Exposta: Pessoa que ocupa ou ocupou, nos últimos 5 anos, cargo público ou posição relevante em empresas públicas ou público-privadas, no Brasil ou no exterior, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo, conforme Circular Susep 445/12.					
<b>INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO</b>					
PERIODICIDADE DE PAGAMENTO => MENSAL: <input type="checkbox"/> ANUAL: <input type="checkbox"/>			DADOS BANCÁRIOS:		
TOTAL DE PARCELAS (SE PERIODICIDADE ANUAL): <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	FORMAS DE PAGAMENTO	FATURA	ADC (AUTORIZ. DÉB. EM C/C)	CNPJ/CPF CORRENTISTA/ASSOCIADO	
	A VISTA/1º CONTRIBUIÇÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CÓD.DO BANCO	BANCO (NOME)
	DEMAIS CONTRIBUIÇÕES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	AGÊNCIA	Nº DA C/C. E DIGITO
INDIQUE AQUI O DIA DO VENCIMENTO DA SUA FATURA:			IMPORTANTE: A data limite para movimentações em sua apólice será 20 dias (corridos) antes da data de vencimento.		
<p>Declaro que sou responsável, de acordo com a legislação civil e penal, pelas informações bancárias informadas para cobrança do prêmio do seguro, inclusive se for indicada conta bancária que não for de titularidade do Estipulante. Estou ciente que em caso de devolução da proposta com valor do prêmio, este será devolvido diretamente na conta bancária originalmente debitada.</p> <p>Constituirão motivos para cancelamento do seguro, e perda de cobertura: encerramento da conta corrente; encerramento da agência detentora da conta corrente, sem transferência para outra agência; a não efetivação de um dos débitos programados por insuficiência de fundos na conta corrente, para cobertura do valor a ser debitado, e a falta de autorização prévia para débito em conta corrente, quando esta for uma exigência do Banco no qual a conta corrente é mantida. Autorizo o débito na</p>					



conta corrente, mencionada acima, para pagamento do seguro.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do correntista

### PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. A PORTO SEGURO (aqui compreendida por todas as empresas pertencentes ao seu grupo econômico), tem o compromisso de respeitar e garantir a privacidade e a proteção dos dados pessoais dos titulares e por isso, declara que o tratamento de dados pessoais se dá para o desempenho de suas atividades legais, observando a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.
2. A coleta de dados pessoais pode ocorrer de diversas formas, como por exemplo: na cotação e/ou contratação de seus diversos produtos e serviços, utilizações do site e aplicativos, bem como nas interações com os diversos canais de comunicação, mas sempre respeitando os princípios finalidade, adequação, necessidade, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação e obrigações legais.
3. A PORTO SEGURO implementará as medidas técnicas e organizacionais apropriadas para proteger os dados pessoais, levando em conta técnicas avançadas disponíveis, o contexto e as finalidades do tratamento. As medidas de segurança atenderão as (i) exigências das leis de proteção de dados; e (ii) medidas de segurança correspondentes com as boas práticas de mercado.
4. Os dados pessoais serão, em regra, armazenados pelo tempo que perdurará a relação entre as partes. Entretanto, há situações em que esses dados deverão ser armazenados além do período de relacionamento e essas situações advêm de exigências legais e/ou regulatórias, ou quando for necessário para exercer direitos em processos judiciais ou administrativos.
5. A PORTO SEGURO possui uma Política de Privacidade, a qual encontra-se disponível no seguinte endereço [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br)

### DECLARAÇÃO DO ESTIPULANTE

Na qualidade de representante legal do Estipulante em referência, declaro que não omiti informações no preenchimento dessa proposta e que **estou ciente que o(s) segurado(s) inclusos no presente seguro perderão direito à indenização, caso haja omissões de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, conforme previsto no artigo 766 do Código Civil Brasileiro, além de estar obrigado ao pagamento do prêmio vencido.**

**Declaro que tive prévio conhecimento das Condições Gerais, Especiais e Contratuais deste seguro, cujo conteúdo li, compreendi e estou de acordo.**

O Estipulante também declara e concorda que somente os proponentes que estiverem em plena atividade profissional, na data marcada para o início de vigência do risco individual, poderão ser incluídos na apólice. Caso a Seguradora venha a indenizar sinistro(s) ocorrido (s) com segurados que não estavam em plena atividade profissional quando da contratação do seguro, mas tenham sido inclusos na apólice a pedido do Estipulante, a Seguradora poderá pleitear o ressarcimento dos valores pagos, mediante prova do pagamento efetuado ao(s) Beneficiário(s) / Segurado (s), sendo que a empresa Estipulante abaixo assinada reconhece tal ressarcimento em favor da Porto Seguro Cia. de Seguros Gerais.

Declaro ter conhecimento de que a Cobertura de Morte por doença terá carência de 90 (noventa) dias para óbito que possua relação direta ou indireta com o Covid-19. A carência será iniciada na data do início de vigência da apólice, do risco individual ou do endosso, no caso de aumento de capital. Em caso de migração entre seguradoras, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice.



Conforme estabelece a Circular Susep 445/12 o proponente pessoa jurídica deve informar à Seguradora os nomes dos controladores até o nível de pessoa física dos principais administradores e procuradores. Essas informações devem ser prestadas em formulário específico.

É necessário o preenchimento dos campos "Local e Data" pelo Estipulante ou por seu representante legal, ou ainda, por expressa solicitação de qualquer um deles, pelo corretor de seguros. Caso essas informações não sejam preenchidas, será considerado como "Local" a cidade de residência do cliente e como "Data" a data de protocolo desta proposta na Seguradora.

Local e data

Assinatura do Representante Legal do Estipulante

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

### DECLARAÇÃO DO CORRETOR

Declaro que o Estipulante está ciente das Condições Gerais, Especiais e Contratuais deste seguro, e segundo meu conhecimento, todas as informações, principalmente no que se refere à forma do custeio do seguro (contributário ou não-contributário) e ramos de atividade desta proposta refletem a verdade, não contendo omissões ou incorreções. Declaro, como Corretor responsável por esta intermediação, que, na forma da legislação vigente, dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao proponente das informações previstas no art. 4º, § 1º, da referida Resolução.

Local e data

Assinatura do Corretor



**CONDIÇÕES CONTRATUAIS DO SEGURO DE VIDA EM GRUPO E ACIDENTES PESSOAIS**

**RAZÃO SOCIAL: CAMARA MUNICIPAL DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM**  
**CNPJ: 31.723.265/0001-41**  
**RAMO DE ATIVIDADE: ÓRGÃO PÚBLICO**  
**CORRETOR: WHF CORRETORA DE SEGUROS LTDA**  
**SUSEP: LI28CJ**  
**PROCESSO LICITAÇÃO: 21716/2021**

Prezados (as) Senhores (as)

É com grande satisfação que apresentamos a proposta comercial do Seguro de Vida da Porto Seguro.

Esta proposta tem por finalidade estabelecer as Condições Particulares do Contrato de Seguro.

**1 – GRUPO SEGURÁVEL**

Consideram-se como grupo segurável as pessoas físicas denominadas “Estagiários” que possuam vínculo associativo com o Estipulante do Seguro.

Ficam excluídos da cobertura do seguro os servidores das seguintes atividades/categorias: Agentes Penitenciários, Bombeiros, Distribuição de água e saneamento, de extração de gás natural, carvão e minérios, Militares, Policiais, Delegados, Investigadores e Serviços Portuários.

**2 – CAPITAIS, COBERTURAS, CLÁUSULAS ADICIONAIS E ASSISTÊNCIAS**

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – FAIXA ETÁRIA**

Morte Natural ou Acidental	Inv. Perm. Total/Parcial por Acidente	PRÊMIOS MENSAIS INDIVIDUAIS TOTAIS							
		Até 35 anos	De 36 a 40 anos	De 41 a 45 anos	De 46 a 50 anos	De 51 a 55 anos	De 56 a 60 anos	De 61 a 65 anos	De 66 a 70 anos
10.000,00	10.000,00	2,05	2,40	3,82	6,47	9,87	13,70	19,80	32,20

**SEGURO DE VIDA EM GRUPO – TAXAS MENSAIS - FAIXA ETÁRIA**

Até 35 anos	De 36 a 40 anos	De 41 a 45 anos	De 46 a 50 anos	De 51 a 55 anos	De 56 a 60 anos	De 61 a 65 anos	De 66 a 70 anos
0,02049%	0,02396%	0,03822%	0,06473%	0,09874%	0,13696%	0,19802%	0,32199%



### 3 – REAJUSTE DO PRÊMIO POR FAIXA ETÁRIA

O prêmio do seguro está sujeito às alterações decorrentes da mudança de faixa etária de cada Segurado. Ocorrendo alteração na idade do Segurado que signifique deslocamento para outra faixa etária, o respectivo prêmio mensal será reajustado com o percentual da nova faixa etária no aniversário do item. Após o segurado completar 71 anos de idade, o percentual de reajuste será fixado em 9% ao ano.

#### % DE REAJUSTES NO REENQUADRAMENTO ETÁRIO

Até 35 anos	De 36 a 40 anos	De 41 a 45 anos	De 46 a 50 anos	De 51 a 55 anos	De 56 a 60 anos	De 61 a 65 anos	De 66 a 70 anos
0,000%	16,958%	59,524%	69,365%	52,536%	38,701%	44,590%	62,602%

### 4 – CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SEGURO

O início de vigência da apólice será a partir das 24 horas do protocolo desta proposta juntamente com a relação de segurados e respectivas propostas de adesão e declaração pessoal de saúde.

### 5 – FORMAS DE CUSTEIO DO SEGURO

Não Contributário                      Estipulante 100%

**Adesão Total:** Adesão de 100% do grupo segurável mediante a análise e aceitação do risco. No recebimento da documentação para emissão da 1ª fatura, se constatada qualquer insuficiência, omissão, excesso ou alteração dos dados fornecidos para a elaboração da presente proposta, cujo desvio provoque diferença no grupo segurável superior a 10% (dez por cento), podemos proceder os ajustes necessários que conduzem à correção do desvio identificado.

### 6 – INÍCIO DA COBERTURA INDIVIDUAL

Para novas adesões, será considerado como início de vigência a data de sua respectiva admissão, desde que a solicitação de sua inclusão seja feita em até 30 dias corridos da data da admissão. Caso a solicitação seja feita após os 30 dias, a cobertura será a partir da data do recebimento do pedido de inclusão. Esse critério aplica-se também às alterações.

### 7 – CONDIÇÃO ESPECIAL DE COBERTURA DE MORTE (para eventos vinculados direta ou indiretamente ao Covid-19):

Consiste no pagamento do Capital Segurado contratado relativo à morte do Segurado aos Beneficiários indicados na Proposta de Adesão, desde que o evento tenha ocorrido após o decurso do período de carência de 90 (noventa) dias, contados da data do início de vigência da apólice ou da data do início de vigência do endosso, no caso de aumento de capital. Em caso de migração entre seguradoras, não será reiniciada a contagem de novo prazo de carência para segurados já incluídos no seguro pela apólice anterior.



## 7 – ROTEIRO OPERACIONAL

Mensalmente o Estipulante deverá fornecer à Seguradora a relação atualizada dos segurados (inclusão, exclusão e alterações), para emissão das respectivas faturas, sendo os pagamentos de responsabilidade do (s) Estipulante (s).

Estas relações, deverão ser encaminhadas, eletronicamente, de acordo com layout disponibilizado no Corretor Online (COL), no caminho “Menu/Seguros/Vida – “Planilha Upload”, e as propostas de seguro deverão ser protocoladas em qualquer escritório da Cia em no prazo máximo de 3 dias após o envio da movimentação eletrônica.

**O prêmio mínimo para emissão de uma fatura é de R\$ 35,00.**

Os pagamentos poderão ser depositados na agência do Banco do Brasil S/A, a saber:

Banco do Brasil  
Agência: Corporate SP (3344-8)  
Endereço: Av. Paulista, 2300  
Conta Corrente nº 3.402-9

## 8 – LIMITE DE IDADE

Limite de idade para implantação: 70 anos  
Limite de idade para inclusões: 70 anos

## 9 – CLÁUSULA DE REVISÃO E RENOVAÇÃO

Anualmente será realizada a apuração dos resultados da apólice, cujos ajustes nas taxas e capitais segurados, se necessários, serão aplicados a partir do mês subsequente à referida apuração.

## 10 – VIGÊNCIA

A vigência do seguro será de 1 (um) ano.

## 11 – DEMAIS CONDIÇÕES

Aplicam-se a este seguro as demais condições estabelecidas nas Condições Gerais do Seguro de Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais Coletivo e respectivas Cláusulas Adicionais.

Fica ainda sujeito o Estipulante às obrigações e penalidades previstas na Resolução CNSP 107/04

Processo Susep Vida em Grupo nº 10.005843/99-51



Carta Oferta nº 2021.6-32207/KP  
São Paulo, 09 de Junho de 2021.

As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à Susep poderão ser consultadas no endereço eletrônico [www.susep.gov.br](http://www.susep.gov.br), de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta

Condições Gerais: <http://www.portoseguro.com.br/seguros/seguro-de-vida-e-familia/seguro-de-vida/condicoes-gerais/seguros-coletivos>

## 12 – VALIDADE DA CARTA PROPOSTA

---

Esta proposta terá validade de 90 dias.

## 13 – TELEFONES DE ATENDIMENTO

---

Comercial Vida: Grande São Paulo (11) 3004-7101 - Demais Localidades: 0800-703-0377.  
Atendimento Vida e Previdência: Grande São Paulo (11) 3366-3377 e Demais Localidades: 0800-727-9393.  
SAC: 0800-727-2746 (informações, reclamações e cancelamentos) e 0800-72 78736 (atendimento exclusivo para surdos).

DE ACORDO

Eu, na qualidade de representante legal do Estipulante em referência, declaro estar de acordo com as condições acima descritas.

Assinatura Estipulante

NOME:  
CPF:  
CARGO:

Atenciosamente,

**PRODUTO VIDA**  
**PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**



**RE: Seguro estagiário - orçamento**

"Wendel Herculano Franco" <whfseguros@hotmail.com>  
Para: "Paulo" <licitacao@cachoeirodeitapemirim.es.leg.br>

10 de Junho de 2021 12:04

Bom Dia Paulo!

Segue abaixo valores detalhados por estagiário:

Alexandre Graça de Jesus 058.716.297-09 14/08/2002  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)

Eduardo Nascimento Dias 195.029.917-10 16/03/2004  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)  
Gabriel Melo Rodrigues 057.457.097-74 14/12/2000  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)

Luana Chagas de Carvalho 155.993.847-13 11/11/1999  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)

Rafael Tirello Ramos 206.900.777-42 17/04/2003  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)

Sarah Facine Esperidon Brasil 157.769.287-02 08/12/1999  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)

Victor Cansian Rodrigues 179.444.937-06 26/10/1998  
PRÊMIO MENSAL DE R\$ 2,05 X 12 = R\$ 24,60 (POR ANO)

VALOR TOTAL ANUAL DO SEGURO = R\$ 172,20

Atenciosamente,

**Wendel Herculano Franco**  
Corretor de Seguros

 28 3521-1861

 28 99885-2234

 whfseguros@hotmail.com



Rua 25 de Março, 58 - Sala 101  
Centro - Cachoeiro de Itapemirim - ES

De: Paulo <licitacao@cachoeirodeitapemirim.es.leg.br>

Enviado: quinta-feira, 10 de junho de 2021 09:44

Para: Wendel Herculano Franco <whfseguros@hotmail.com>

Assunto: Re: Seguro estagiário - orçamento

Bom dia!

Segue data de nascimento dos estagiários.

Paulo Roberto R. do Nascimento

Compras/Licitação

Câmara Municipal de Cachoeiro de Itapemirim

(28)3526-5619

O bs.: Favor confirmar o recebimento deste email.

9 de Junho de 2021 18:15, "Wendel Herculano Franco" <whfseguros@hotmail.com> escreveu:

Boa Tarde!

Segue abaixo custo individual do seguro por faixa etária.

Para fechamento favor nos enviar proposta preenchida e assinada.

Atenciosamente,



Autenticar documento em <http://www.splonline.com.br/cmci/autenticidade>  
com o identificador 320036003200340035003A00540052004100, Documento assinado digitalmente conforme MP nº 2.200-2/2001, que institui a Infra-estrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP - Brasil.



 1506706262478\_assinatura

**De:** Setor de Compras/ Licitação <[licitacao@cachoeirodeitapemirim.es.leg.br](mailto:licitacao@cachoeirodeitapemirim.es.leg.br)>

**Enviado:** segunda-feira, 7 de junho de 2021 10:43

**Para:** [whfseguros@hotmail.com](mailto:whfseguros@hotmail.com) <[whfseguros@hotmail.com](mailto:whfseguros@hotmail.com)>

**Assunto:** Seguro estagiário - orçamento

Prezados, Bom dia!

Solicitamos, por gentileza, cotação de seguro de vida para estagiários, conforme planilha de cotação e dados das pessoas em anexo.

Atenciosamente,

Paulo Roberto Ribeiro do Nascimento

Compras/Licitação

Câmara Municipal de Cachoeiro de Itapemirim

(28)3526-5619

O bs.: Favor confirmar o recebimento deste email.

