

Liberty Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais

Proposta de adesão - Apólice Coletiva

Proposta Nº	Inclusão <input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Especificar
-------------	--

DADOS DO(A) SEGURADO(A)/PROPONENTE (Preencher todos os campos)

Nome do(a) Segurado(a)				
CPF Nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem	
Profissão (Vide riscos excluídos nas Cond. Gerais)			Renda Mensal R\$	
E-mail			Matricula nº	
Endereço Residencial (rua, nº, bairro)			Cidade	
UF	CEP	Telefone Residencial () ()	Telefone Comercial () ()	Telefone Celular () ()

DADOS DO SEGURO / COBERTURAS / CAPITALS SEGURADOS

Coberturas	Capital Segurado
Morte Acidental	R\$
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente	R\$
Liberty Assistência Funeral <input type="checkbox"/> Titular II <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Familiar Plus I	R\$

COBERTURA ASSISTÊNCIA FUNERAL

Titular II - Garante cobertura em caso de falecimento do Segurado Principal.
 Familiar - Em caso de falecimento, além do Segurado Principal, a cobertura se estende ao cônjuge e os filhos do Segurado Principal, conforme Condições Gerais.
 Plus - Em caso de falecimento, além do Segurado Principal, a cobertura se estende para o cônjuge, os filhos e pais do Segurado Principal, desde que constem em documento de identificação. Não há limite de idade para cobertura dos pais.

**** Terão direito a utilização dos planos acima, os segurados com idade máxima de 70 anos no início de vigência do plano.**

Nome Completo	CPF	Data de Nascimento
*Prêmio mensal c/ IOF R\$	Início de Vigência ___/___/___	

*Nos prêmios mensais acima já estão compreendidos os custos do IOF e dos Serviços Complementares.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS

Nome	Grau de Parentesco	% de Indenização

**Liberty Vida em Grupo e/ou
Acidentes Pessoais**
Proposta de adesão - Apólice Coletiva

DADOS DO CORRETOR

Nome do Vendedor	Nome do Corretor	Estab.	Filial
_____	_____	_____	_____
Local e Data _____, ____/____/____	Assinatura do Corretor _____		

DECLARAÇÃO DO SEGURADO (A) / PROPONENTE

Estou ciente que para validade da minha cobertura securitária, preciso estar em dia com os pagamentos pertinentes ao prêmio do seguro aqui discriminado.

Autorizo a inclusão de meu nome na apólice de seguro de Vida e/ou Acidentes Pessoais emitida pela Liberty Seguros.

Estou ciente de que a inadimplência de quaisquer das parcelas do prêmio em decorrência de insuficiência de saldo para consignação implicará na suspensão imediata das coberturas contratadas. Declaro que as informações ora prestadas nesta proposta de seguro são verdadeiras e completas, estando ciente que, de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro em vigor, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na fixação da taxa do prêmio, perderei o direito à garantia securitária, sem prejuízo do pagamento do prêmio vencido. Autorizo, neste ato, a Seguradora a obter informações sobre meu estado de saúde a qualquer tempo, junto aos médicos que me assistiram, dispensando para este fim o sigilo profissional, de acordo com o Art. 73 do Código de Ética Médica de 2009. Declaro para os devidos fins e efeitos que as informações ora prestadas são verdadeiras e completas, ciente que de acordo com o Art. 766 do Código Civil Brasileiro em vigor, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou na fixação da taxa do prêmio, perderei direito ao valor do seguro e pagarei o prêmio vencido.

Declaro ainda que estou ciente que as Condições Gerais em questão encontram-se disponíveis no site www.libertyseguros.com.br, dispensando a Liberty Seguros de enviá-las impressa via correio.

_____, ____/____/____
Local e Data

Assinatura do Segurado(a)/Proponente

OBSERVAÇÕES

Este seguro contempla Assistência Funeral que garante a prestação de serviços ou o reembolso de despesas exclusivamente cobertas com o funeral, até o limite do plano. A aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco.

A Liberty terá o prazo de 15 (quinze) dias contados da transmissão ou protocolo da proposta física, para sua análise e aceitação ou recusa. Quando constatada a necessidade de informações e/ou documentos complementares para possibilitar a melhor análise do risco proposto, o referido prazo será suspenso até a data em que ocorrer a entrega das informações ou documentos solicitados.

Durante o período de análise será garantida cobertura provisória do risco segurado. Em caso de recusa do risco, haverá comunicação ao proponente, seu representante legal ou corretor de seguros e a cobertura provisória será encerrada imediatamente. De qualquer forma, eventuais sinistros ocorridos durante o período de cobertura provisória apenas serão atendidos se o evento estiver amparado pelas Condições Gerais do produto e o sinistro for considerado como regular. No caso de aceitação da proposta o período de cobertura provisória será considerado como de efetiva vigência do seguro. A ausência de manifestação da Seguradora quanto à aceitação ou recusa da proposta, no prazo previsto, caracterizará a aceitação tácita da mesma. Em caso de não-aceitação, o prêmio eventualmente descontado será devolvido corrigido monetariamente.

Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de seu vencimento, sem devolução dos prêmios pagos nos termos da Apólice.

O registro deste plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à 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, seu nome completo, CNPJ ou CPF.

Para informações adicionais ou esclarecimento de dúvidas, entre em contato com seu Corretor de seguros ou, se preferir, utilize nosso canal de comunicação com o Segurado(a): faleconosco@libertyseguros.com.br.

Caso não fique satisfeito com a solução do nosso time de atendimento, poderá recorrer a Ouvidoria.

A Ouvidoria Liberty atua com Ouvidor independente e com autonomia de decisão. O regulamento da Ouvidoria está disponível no site www.libertyseguros.com.br, onde também é possível postar seu recurso. Se preferir, o recurso também poderá ser feito pelo telefone 0800-740-3994 ou ainda por carta, para a Rua Dr. Geraldo Campos Moreira, nº 110 - São Paulo/SP - CEP 04571-020 - a/c Ouvidoria

O Grupo Liberty Seguros está aderente ao previsto na legislação vigente sobre proteção de dados pessoais, LEI Nº 13.709 de 14/08/2018, garantindo tratamento adequado aos seus dados, conforme previsto na Política de Privacidade do Grupo, disponível no site www.libertyseguros.com.br, por meio da qual você poderá saber mais detalhes sobre o tratamento, bem como seus direitos como titular dos dados. Você poderá ainda entrar em contato conosco pelo e-mail: dpo@libertyseguros.com.br.

As Partes concordam que o presente documento poderá ser assinado por qualquer meio legalmente admitido, podendo ser firmado

Liberty Vida em Grupo e/ou Acidentes Pessoais

Proposta de adesão - Apólice Coletiva

inclusive por meios eletrônicos, ainda que não se utilize de certificado digital emitido no padrão ICP-Brasil; admitindo como válido, para todos os fins e assumindo cada Parte a responsabilidade por adotar as medidas necessárias para garantir a autenticidade e a preservação de seu conteúdo.

“Declaro, como Corretor nesta contratação, 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”.