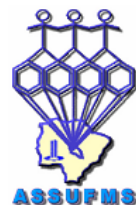




PROPOSTA DE ADESÃO SEGURO DE VIDA EM GRUPO E/OU ACIDENTES PESSOAIS

MBM SEGURADORA S.A – CNPJ: 87.883.807/0001-06
Número do Processo Aprovação na SUSEP: Seguro de Vida em Grupo: 10.004809/99-87
Acidentes Pessoais: 10.0048008/99-14; Vida Empresa: 15414.900676/2014-14



DADOS DO ESTIPULANTE

Ramo VG	Apólice VG	Certificado VG	<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Alteração
Cód. Contrato	Estipulante ASSUFMS - ASSOC RECREATIVA SERV DA FUNDAÇÃO UNIVER FEDERAL MS			Início Vigência / /

DADOS DO PROPONENTE

Nome				
Data de Nascimento / /	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil	CPF	
RG:	Órgão Expedidor:	Data da Expedição: / /		
Endereço:		Número:	Complemento	
Bairro	Cidade		UF	CEP
Lotação	Setor	Data de Admissão / /	Matrícula/Registro	
E-mail @		Celular ()	Telefone Fixo ()	
Nome do Cônjuge		Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data Nascimento / /	CPF

CAPITAIS SEGURADOS E PRÊMIO INDIVIDUAL

Planos e Coberturas	Sigla do Plano	Capital Segurado (R\$)	Prêmio (R\$) Individual
Vida em Grupo:			
Morte (M)		26.000,00	
Indenização Especial de Morte por Acidente (IEA)		26.000,00	
Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA) até		26.000,00	
Invalidez Funcional Permanente Total por Doença (IFPD)		26.000,00	
Prêmio Total (R\$)			56,17

DADOS DA COBRANÇA

Autorizo a ASSUFMS - ASSOC RECREATIVA SERV DA FUNDAÇÃO UNIVER FEDERAL MS, a consignar mensalmente em minha folha de pagamento, por prazo indeterminado, o(s) prêmio(s) do(s) Seguro(s) por meio desta proposta de adesão, estendendo-se esta autorização aos reajustes anuais previstos nas condições gerais e nos contrato(s) de seguro(s). Caso haja necessidade, concedo também o direito a ASSUFMS agir em meu nome para que providencie junto ao meu órgão consignador o referido desconto. Inexistindo canal de desconto em folha, ou na impossibilidade de sua utilização (licença, exoneração, suspensão de código, etc.) autorizo a cobrança mediante débito em conta corrente, conforme abaixo.

Tipo de Documento de Cobrança: () Boleto (X) Débito em Conta () Consignado				
Débito em Conta:	Banco:	Ag:	Operação:	Conta: -
Consignado:	Matrícula SIAPE:	Órgão:		
_____		_____		
Local e Data		Assinatura do Consignante/Correntista		
<p>IMPORTANTE: Não assine sem antes verificar a exatidão de todos os dados e informações firmadas nesta proposta. ATENÇÃO: Assine também a Declaração de Saúde e Atividade constante nesta proposta.</p>				