

Proposta de Adesão PASI

Estipulante

PASI Serviços e Benefícios S.A.
CNPJ 58.086.880/0001-40

Seguradora

Icatu Seguros S.A.
CNPJ 42.283.770/0001-39

Garantia:

ICATU



**PLANO DE
AMPARO
SOCIAL
PASI IMEDIATO**

Número da Proposta:

Subestipulante

Razão Social / Contratante:			
CNPJ / CEI / CPF:		Em caso de CEI, informe o CPF do responsável:	
Ramo de Atividade:		CNAE:	
Endereço:			
Bairro:		CEP:	
Cidade:		Estado:	
Telefone:	Celular:	Contato:	
E-mail:		E-mail 2 (opcional):	
Meio de recebimento da fatura:		O e-mail para envio da fatura é o mesmo informado acima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se "Não", informe o e-mail para envio da fatura:			

Corretor

Razão Social / Nome:			
CNPJ / CPF:	SUSEP:	Telefone:	Celular:
E-mail:		Contato:	

Dados do Seguro

Cidade da Prestação do Serviço / Obra:			Estado:
Início de Vigência do Seguro:	Prazo:	Nº de Segurados:	Capital Segurado:
Prêmio Individual:	Prêmio Mensal Total:	Modalidade de Capital:	
Custeio:	Fatura Mínima:	<input type="checkbox"/> Mensal:	<input type="checkbox"/> Semestral: <input type="checkbox"/> Anual:
Forma de Pagamento:	Vencimento:	Tipo:	
Modalidade de Contratação:		Grupo Segurável:	
Sócios Inclusos: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Funcionários Afastados: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Aposentados por Invalidez: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

Informações Complementares

Sindicato Patronal:
Sindicato Laboral:

Adequação do Contrato de Seguro: Solicito que os critérios do meu seguro, correção do capital segurado básico e coberturas contratadas sigam as exigências mínimas e data base da Convenção Coletiva de Trabalho (CCT) da minha categoria sindical e desde já autorizo que sejam processadas as adequações devidas em meu contrato de seguro vigente de forma automática, assim que forem homologadas: ☐ Sim ☐ Não

Ao marcar a opção "Não", a empresa concorda que a atualização anual do capital segurado básico será realizada conforme o IPCA/IBGE e não de acordo com a CCT.

Observações:

Proposta de Adesão PASI

Estipulante

PASI Serviços e Benefícios S.A.
CNPJ 58.086.880/0001-40

Seguradora

Icatu Seguros S.A.
CNPJ 42.283.770/0001-39

Garantia:

ICATU



PASI

**PLANO DE
AMPARO
SOCIAL
IMEDIATO**

Número da Proposta:

Declaração do Subestipulante

Declaro ter conhecimento prévio das Condições Gerais, [Especiais](#) e Contratuais cujo li, compreendi e estou de acordo, assumindo nos termos da legislação e regulamentação em vigor, inteira responsabilidade pelo cumprimento das obrigações ajustadas neste contrato de seguro; que todos os segurados do grupo estão em perfeitas condições de saúde e em plena atividade e que prestarei, quando solicitadas, todas as informações relevantes para análise do risco e verificação dos vínculos dos segurados.

Declaro que não omiti informações e nem fiz declarações inexatas no ato de contratação deste seguro e que estou ciente que conforme o artigo 766 do Código Civil o(s) segurado(s) inclusive perderão o direito a indenização caso haja omissões de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Declaro ainda que, considerando o período de início de vigência contratado, até a data do recebimento do contrato de adesão eletronicamente ou do protocolo em uma filial da Seguradora ou na Central PASI de Atendimento, não houve qualquer ocorrência de sinistro(s) ou de assistência(s) contratada(s), com nenhum segurado pertencente ao grupo e inclusive com familiares vinculados, não sendo devida nenhuma indenização neste período.

Declaro que através deste instrumento, representando meu respectivo grupo segurado, firmo a Proposta de Contratação do Seguro PASI, vinculado à(s) apólice(s) da **Icatu Seguros S.A CNPJ 42.283.770/0001-39**, emitida(s) em nome do PASI Serviços e Benefícios S.A. na qualidade de "Estipulante", a quem outorgo poderes para nos representar e negociar perante a Seguradora, constituindo neste ato o vínculo jurídico entre as partes, conforme parâmetros comerciais e técnicos relacionados nas condições contratuais do seguro.

Declaro ter conhecimento que a aceitação do seguro estará sujeita à análise do risco e que a Seguradora / Estipulante tem o prazo de 15 (quinze) dias, contados da data de recebimento desta Proposta pelos canais oficiais disponíveis, para manifestar-se com relação a aceitação ou não da mesma. Caso não haja manifestação por parte da Seguradora / Estipulante após esse prazo implicará na aceitação automática dos riscos ora subscritos.

Local e Data

Assinatura do Representante Legal

Declaração do Corretor

Declaro que estou ciente e orientei o subestipulante sobre as Condições Gerais, Especiais e Contratuais deste seguro e prestei todas as informações sobre o funcionamento operacional, critérios de pagamento e regulação do Seguro PASI. Declaro que não omiti informações e nem fiz declarações inexatas no ato de contratação deste seguro e que estou ciente que conforme o artigo 766 do Código Civil o(s) segurado(s) inclusive perderão o direito a indenização caso haja omissões de informações que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, ficando ainda obrigado ao pagamento do prêmio vencido.

Como Corretor nesta contratação e na forma da legislação vigente, declaro que dei cumprimento integral às disposições contidas na Resolução CNSP nº 382/2020, inclusive quanto à prévia disponibilização ao contratante das informações previstas no art. 4º, § 1º da referida Resolução.

Local e Data

Assinatura do Corretor de Seguros



PASI

Estipulante: PASI Serviços e Benefícios S.A.

4000-1989 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 703 6302 (demais regiões)
Av. Carandaí, 193 - Funcionários - Belo Horizonte - MG - CEP: 30130-064
contato@pasi.com.br | www.pasi.com.br

Seguradora: Icatu Seguros S.A.

Ouvidoria: 0800 286 0047 (segunda a sexta-feira de 8h as 18h em todo o Brasil)
Av. Oscar Niemeyer, 2000 - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20220-410 | www.icatu.com.br

ICATU

Condições Contratuais da Proposta

Número da Proposta:

Garantia:

ICATU



PLANO DE
AMPARO
SOCIAL
PASI IMEDIATO

Documentação Necessária

1 - Proposta de Adesão e Condições Contratuais da Proposta devidamente preenchidos e assinados.

2 - [Relação de Segurados](#) em formato eletrônico específico fornecido pelo PASI Serviços e Benefícios S.A. ou inserir nos campos específicos da Plataforma de Contratação Eletrônica.

Grupo Segurado

É obrigatório que, todas as informações contidas na relação de segurados e fornecidas pelo Subestipulante no ato da contratação do seguro e a serem posteriormente enviadas para atualização da base segurada, sejam verdadeiras, autênticas e estejam em conformidade com a legislação vigente. Todos os funcionários deverão estar regularizados conforme critérios do eSocial e relacionados na GFIP/SEFIP do contratante. Em caso de adesão compulsória todos os funcionários constantes na GFIP/SEFIP deverão fazer parte do grupo segurado.

Não poderão fazer parte do grupo segurado pessoas que não tenham vínculo legal com o Subestipulante. Caso a relação de segurados inclua também sócios, acionistas, estagiários, prestadores de serviço e/ou associados, os mesmos deverão possuir contratos legalizados vigentes e seguir as regras definidas nas Condições Especiais, recebidas neste ato. Em caso de transferência de Seguradora (encampação ou migração) as condições de aceitação deverão ser previamente pactuadas, registradas e assinadas no "Termo de Transferência", que fará parte integrante da documentação necessária.

Na ocasião do sinistro, ou a qualquer momento quando PASI Serviços e Benefícios S.A. ou a Seguradora Garantidora julgar necessário, poderá ser solicitada uma cópia completa da GFIP/SEFIP ou dos contratos/estatuto, a fim de verificar as informações fornecidas e garantir as condições pactuadas para o contrato de seguro.

Qualquer alteração realizada posterior às condições pactuadas no ato da contratação, deverá estar descrita no Certificado do Seguro ou ser formalizada através de Aditivo ao contrato de seguro.

Declaração Pessoal de Saúde

No ato da contratação dispensa-se nesta proposta o preenchimento da [Declaração Pessoal de Saúde](#) para os propensos segurados, com exceção de sócios, acionistas, prestadores de serviço e associados nos casos em que o PASI Serviços e Benefícios S.A. julgar necessário.

Atualização da Base Segurada

O Subestipulante tem a obrigação de manter junto ao PASI Serviços e Benefícios S.A. a relação de segurados atualizada, inclusive informando a situação atual dos segurados, sob pena de perder o direito à cobertura securitária, assistências e/ou indenização. O Subestipulante deverá enviar somente um arquivo por convênio ativo (subgrupo) contendo todos os nomes dos participantes do seguro do mês de vigência. Somente terão cobertura os segurados com vínculo legal e previamente informados ao CPASI Serviços e Benefícios S.A.. Em caso de rescisão do vínculo do segurado com o Subestipulante perde-se imediatamente o direito às coberturas e assistências contratadas, sem que caiba restituição do prêmio pago. Caso o Subestipulante tenha mais de um convênio contratado, o segurado deverá sempre ser relacionado no subgrupo em que o mesmo tiver o vínculo legal ativo. O segurado não poderá participar em mais de um grupo segurado (convênio) do mesmo Subestipulante. Os sócios, caso façam parte de mais de uma sociedade com seguro vigente (múltiplos convênios), somente poderão participar de um grupo segurado. Caso seja constatado a participação do sócio ou qualquer outro segurado em diversos grupos do mesmo contratante, prevalecerá o de maior valor, não cabendo a restituição dos prêmios pagos indevidamente.

Entre os dias 01 e 10 do mês, sempre que houver alteração no quadro de segurados ou na situação de algum integrante do grupo, deverá ser realizada a atualização da base segurada através do Portal PASI ou enviada para o e-mail vidas@pasi.com.br (em layout padrão fornecido pelo PASI Serviços e Benefícios S.A.: planilha Excel ou arquivo .txt). Funcionários em regime CLT terão cobertura desde a data de sua efetiva contratação na empresa, porém os admitidos após o envio da relação mensal deverão ser informados na relação do mês subsequente. Caso o Subestipulante deseje incluir de imediato o(s) novo(s) funcionário(s) em regime CLT no grupo, deverá enviar nova relação assim que este(s) tenha(m) sido efetivado(s) e a cobrança deste(s) prêmio(s) será realizada junto com o próximo faturamento. Funcionários admitidos e falecidos no primeiro mês de vigência, caso ainda não tenham sido informados, deverão obrigatoriamente constar na relação do mês subsequente. Empregados afastados, em conformidade com os critérios de aceitação, deverão ser relacionados nos campos específicos constando data e motivo de afastamento. Ocorrendo falecimento do funcionário é obrigatório constar seu nome na relação do mês da ocorrência e do mês subsequente ao óbito.

Caso o seguro inclua também sócios, acionistas, estagiários, prestadores de serviço e/ou associados, estes deverão também constar na mesma relação de segurados. Excepcionalmente, estes grupos específicos somente terão início de cobertura após a sua inclusão na próxima relação informada ao PASI Serviços e Benefícios S.A..

Ocorrendo o falecimento do segurado é obrigatório constar seu nome na relação do mês da ocorrência. Ressalta-se que a responsabilidade de informar os participantes do grupo segurado é do Subestipulante, sendo que caso algum segurado não conste na base por qualquer razão, o mesmo perderá o direito a cobertura ficando o Subestipulante responsável pelo eventual dano ocasionado.

Para a modalidade de seguro Capital Global, dispensa-se a relação nominal de segurados, devendo a atualização do número de segurados ser feita exclusivamente através do Portal do Cliente PASI e informando a totalidade de funcionários e sócios (caso inclusos no seguro) constantes na última guia GFIP/SEFIP.

Limite de Idade

Não haverá limite de idade para funcionários ativos regularizados em regime CLT. Para sócios, acionistas, estagiários e prestadores de serviço, o limite de idade será inferior a 70 anos para a inclusão no grupo segurado. Para associados, o limite de idade será estabelecido nas condições comerciais específicas da proposta.

Condições Contratuais da Proposta

Número da Proposta:

Garantia:

ICATU



**PLANO DE
AMPARO
SOCIAL
PASI IMEDIATO**

Funcionários Afastados e Aposentados

Obrigatoriamente todos os funcionários deverão estar ativos, em plena atividade e em boas condições de saúde. Este Contrato não prevê aceitação para funcionários afastados e/ou aposentados por acidente ou doença antes do início de vigência do seguro, e caso sejam incluídos no grupo de segurados não terão direito às garantias contratadas, ficando a Seguradora e o PASI Serviços e Benefícios S.A. isentos de qualquer responsabilidade, sem que caiba restituição dos prêmios pagos.

Vigência do Contrato e Início de Cobertura

Este contrato vigorará a partir da data de início informada no ato da contratação, considerando que o início de vigência do Seguro PASI é sempre no 1º dia do mês. O prazo de vigência deste seguro está determinado na página 1 da Proposta de Adesão, tendo a Seguradora a faculdade de não renovar a apólice na data de vencimento. Qualquer rescisão antecipada dependerá de acordo formal entre as partes, ficando o Subestipulante sujeito a penalidades em caso de cancelamento antes do prazo de vigência contratado. Em caso de negociações específicas com vigência superior a 12 meses, deverá ser assinado "Termo de Permanência" com as condições negociadas, que fará parte integrante do contrato de seguro.

Caso a Proposta de Adesão seja protocolada ou recebida de forma eletrônica após o início da vigência do seguro, qualquer ocorrência que dê elegibilidade às coberturas e assistências contratadas entre o período do início de vigência e o recebimento do contrato de adesão, não terão direito a indenização securitária ou contemplação de assistências. Em caso de renovação após o término de cada período anual de vigência, novas condições comerciais e técnicas poderão ser aplicadas, no intuito de manter a sustentabilidade e o equilíbrio técnico financeiro-comercial.

Carência

Não haverá carência para os funcionários em regime CLT, estando cobertos desde a sua data de admissão, contanto que sejam inclusos na relação de segurados subsequente à sua data de contratação. Não haverá carência para Sócios/Acionistas desde que sejam inclusos no ato da contratação do seguro. Sócios/Acionistas a serem inclusos após o início de vigência estarão sujeitos à análise e regras estabelecidas pela área técnica. Estagiários e prestadores de serviço terão cobertura sem carência a partir do primeiro dia do mês subsequente à sua data de contratação. Estagiários e prestadores de serviço a serem inclusos no grupo após sua data de contratação estarão sujeitos à análise e regras estabelecidas pela área técnica. Para associados, a carência será estabelecida nas condições comerciais específicas da proposta. Caso haja carência para alguma cobertura/assistência específica a ser contratada, deverá ser previamente informado ao Subestipulante e irá constar no descritivo detalhado do Certificado do Seguro.

COVID-19: Para seguros novos haverá carência aos sinistros que ocorrerem em até 45 dias da data da contratação do seguro, a contar da data do recebimento da documentação de adesão completa na Central PASI. Para novas inclusões de sócios, acionistas, estagiários, prestadores de serviço e/ou associados haverá carência de 45 dias a contar da data de inclusão no grupo. Para novas inclusões de funcionários ativos em regime CLT, não haverá carência, desde que não seja identificado nenhuma irregularidade ou má fé na admissão, e que toda a documentação comprobatória e legal para o processo de admissão e da ocorrência sejam apresentadas quando solicitado. Em caso de solicitação espontânea de aumento de capital segurado, haverá carência de 45 dias a contar da data do aumento do capital, exceto nos casos em que o aumento seja devido a atualização em Convenção Coletiva de Trabalho.

Informações Legais

Aplicam-se a este seguro as Condições Gerais, Especiais e Suplementares do Seguro de Vida em Grupo.

O registro desse plano na SUSEP não implica, por parte da autarquia, incentivo ou recomendação à sua comercialização. O segurado poderá consultar a situação cadastral do seu corretor de seguros no site www.susep.gov.br, por meio do número do seu registro na SUSEP, nome completo, CNPJ, ou CPF. **Este seguro é por prazo determinado, tendo a Seguradora, a faculdade de não renovar a apólice, na data de vencimento, sem a devolução dos prêmios pagos, nos termos da apólice.** A aceitação deste seguro está sujeita a análise do risco. As condições contratuais/regulamento deste produto protocolizadas pela sociedade/entidade junto à SUSEP poderão ser consultadas no endereço eletrônico www.susep.gov.br de acordo com o número de processo constante da apólice/proposta. Ser cientificado pelo intermediário da remuneração recebida por este é um direito do cliente e um dever do intermediário.

Importante:

Na aceitação da proposta o subestipulante receberá a confirmação no e-mail informado, assim como o boleto para pagamento e informações sobre o seguro. Caso não seja efetuado o pagamento da primeira parcela do prêmio, a contratação do seguro não será efetivada e a seguradora não estará obrigada a garantir o risco coberto.

Declaração do Subestipulante

Declaro que comprometo a fornecer cópia da GFIP/SEFIP, ou contrato social, de prestação de serviço de serviço e estágio, na ocasião do sinistro, ou a qualquer momento, quanto convier ao PASI Serviços e Benefícios S.A. e Seguradora, para validação das informações fornecidas e avaliação do risco. Declaro que compreendi e estou de acordo com as Condições Gerais, Especiais e Contratuais do seguro recebidas neste ato, cujo li e assumo nos termos da legislação e regulamentação em vigor, inteira responsabilidade pelo cumprimento das obrigações ajustadas neste contrato de seguro.

Local e Data

Assinatura do Representante Legal